

Согласие
на обработку персональных данных

Я _____ ,
(фамилия, имя, отчество полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(число, месяц, год)

_____ (адрес регистрации)
документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ , номер _____
выдан: _____
(наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи)

Этот раздел бланка заполняется только в случае подписания законным представителем пациента:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя пациента полностью)
зарегистрированный по адресу: _____
являюсь законным представителем: _____
(фамилия, имя, отчество пациента полностью, дата рождения пациента)
паспорт: серия _____ , № _____ , выдан: _____
(реквизиты документа, подтверждающего права законного представителя)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим выражаю свое согласие на обработку _____,
(наименование медицинской организации)

(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе лабораторные методы обследования при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими (представляемого) персональными

данных со страховыми медицинскими организациями, федеральным и территориальным фондом ОМС, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Республики Татарстан, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), иными медицинскими организациями и учреждениями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до достижения указанных целей обработки персональных данных и последующих сроков хранения документов, установленных действующим законодательством Российской Федерации. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет на бумажном носителе, в виде электронных документов в медицинских информационных системах пятьдесят лет.

Передача моих (представляемого) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных /
(пациента / законного представителя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Контактный телефон: _____