

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(фамилия, имя, отчество (полностью))

проживающий по адресу _____
(место регистрации)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ выдан _____
(наименование документа)

(название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.06.2009 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных государственному бюджетному учреждению Ростовской области «Специализированная инфекционная больница» в г. Новочеркасске, расположенному по адресу: Ростовская обл., г.Новочеркасск, ул.Б.Хмельницкого,3 (далее - Оператор), моих персональных данных: фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место жительства; контактные данные; сведения о месте работы; занимаемой должности; семейном положении; сведения о родственниках; инфекционных контактах; паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ОМС и ДМС; СНИЛС в Пенсионном фонде РФ; данные о состоянии здоровья; заболеваниях; случаях обращения за медицинской помощью; сведения об оказанных медицинских услугах; иные персональные данные, необходимые для полноценной и качественной медицинской помощи, не противоречащие законодательству Российской Федерации. Персональные данные предоставляю в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, установление медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, а также содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а также в целях соблюдения законодательства российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными в бумажном или электронном виде со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС в электронном виде с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен 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 мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____