

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____

фамилия, имя, отчество _____

проживающий по адресу (до месту регистрации) _____

паспорт _____

№ _____

дата выдачи _____

наименование выдавшего органа _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку (название компании) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, паспортные данные удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, Страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с Законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе Обязательного пенсионного страхования, номер полиса обязательного медицинского страхования ; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листа нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о Медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 3 г. Уфа (далее Оператор) мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, Использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои Персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в том числе в Республиканскую медицинскую информационно-аналитическую систему РБ (РМИАС), включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ и территориальным фондом ОМС 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.

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

Настоящее согласие действует с даты подписания и действует бессрочно.

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 _____

Дата _____