

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи)
_____,
наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «Горноуральская РБ», расположенное по адресу РФ, г.Нижний Тагил, пр.Строителей, д.26
(название МО, адрес МО в соответствии с учредительными документами)

(далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, место рождения, адрес места жительства, адрес места проживания, контактный телефон, данные паспорта, данные страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, данные страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные медицинского заключения, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором 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, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. 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.

Оператор вправе, в моем интересе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, с соблюдением мер другой стороны, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в ГБУЗ СО «Горноуральская РБ»(25 лет-для стационара, 25 лет-для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ года и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

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.

Контактный телефон(ы) _____

почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____