

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

* являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – *нужное подчеркнуть*) ребенка или лица, признанного недееспособным

— (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

— (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу: город Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 6/2, на обработку моих (представляемого) персональных данных включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

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, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

ГБУЗ «ККБ № 2» может осуществлять смешанную обработку персональных данных с применения ЭВМ, с передачи ей по внутренней сети и с передачей по сети интернет.

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) в рамках ОМС, по договорам ДМС и иным хозяйственным договорам на оказание медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам со страховыми медицинскими организациями, заключенными в рамках ОМС, по договору ДМС и иному хозяйственному договору на оказание медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Краснодарского края и другими органами власти и организациями, осуществляющими контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. 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. Я уведомлен, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

(Ф.И.О., подпись субъекта персональных данных дата заполнения)