

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ СО «Алапаевская СП», 624600, Свердловская область, г. Алапаевск, ул. Пушкина, д.101(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер 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 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, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, 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 поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр», 620078, г. Екатеринбург ул. Гагарина 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР «ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА» 620094, Россия, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Большакова, 105; ООО «Фирма «Эскейп», 129010, г. Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; АО «РТ Лабс», 141400, Московская область, г. Химки, ул. Пролетарская, д.23 (юридический адрес), 123317, г. Москва, ул. Антонова-Овсеенко, д.15, стр.1 (почтовый адрес); ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, оф. 1101; ООО «ПАРУС-Екатеринбург» (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д.13; ОАО «Ростелеком», 191002, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 15 с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости / возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, двадцать пять лет – для поликлиники).

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, _____ законным _____ представителям, _____ гражданам (Ф.И.О):

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

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. 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.

Подпись субъекта персональных данных _____