

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____, паспорт (серия и номер) _____, (выдан дата название выдавшего органа) _____, в соответствии с

требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, статьи 94 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинский Ди- Стационар плюс», адрес медицинского учреждения: 413100, г.Энгельс, ул. М. Горького,26 (далее – стационар) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с требованиями нормативных актов.

В процессе оказания мне медицинской помощи стационаром я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а именно: анамнез, диагноз, 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 листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, другим должностным лицам стационара, в интересах моего обследования и лечения, а также в другие организации, которым право получения информации о моем состоянии или принятия мер, представляющих угрозу третьим лицам, определено законодательством РФ.

Предоставляю стационару право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу третьим лицам. Стационар 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 или договором ДМС.

Стационар имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС или договором ДМС, на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией [или территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка персональных данных осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в соответствии с требованиями нормативных актов.

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

Настоящее согласие дано мной _____ (дата) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес стационара по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под роспись представителю стационара.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, стационар обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____