

Главному врачу ГБУЗ МО «МОЦОМД»
Мельник Т.Н.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью законного представителя/несовершеннолетнего старше 15 лет)
проживающий по адресу _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____,
(серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдавшего органа)

заполняется законным представителем

являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, год рождения)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ МО "Московский областной центр охраны материнства и детства", 140014, Московская область, г. Люберцы, ул. Мира, д. 6., (далее - Оператор) 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 процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующие действия с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом согласен(а) / не согласен(а);

- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных регионального сегмента федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, включения в списки (реестры), заполнение первичных медицинских документов, утвержденные Министерством здравоохранения РФ и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) согласен(а) / не согласен(а);

- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией

(указать страховую медицинскую организацию из полиса ОМС)

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 согласен(а) / не согласен(а);

- обмен (прием и передачу) моих персональных данных контролирующими органами органам исполнительной власти, государственным структурам (строго в пределах их компетенции), в порядке установленном законодательством, а также в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от

несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну

согласен(а) / не согласен(а);

- обмен (прием и передача) моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, с другими медицинскими организациями, должностными лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну

согласен(а) / не согласен(а).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (для стационаров – двадцать пять лет, для поликлиник – пять лет).

По достижении цели обработки моих персональных данных предоставляю Оператору право на уничтожение документов, содержащих всю информацию о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью и оказанных мне медицинских услугах, без уведомления / с обязательным уведомлением.

Сведения о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью и оказанных мне медицинских услугах могут быть предоставлены моему(им) представителю(ям): _____

(фамилия, имя, отчество физического лица (без указания паспортных данных), степень родства, или год рождения с условием предоставления _____

(доверенности, паспорта или иного документа)

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

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.

Я ознакомлен(а) о том, 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, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Настоящее согласие дано мной ____ . ____ . 20 ____ .

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Контактный телефон(ы) _____
и почтовый адрес _____

(дата)

(подпись)

/ _____ /
(фамилия и.о.)