

ООО «УЗИ ЦЕНТР»

наименование медицинской организации

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, (законный представитель),

(Ф.И.О. полностью)

Зарегистрирован (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(кем, когда)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю **согласие на обработку своих персональных данных** и данных предоставленных ребенка (опекуна):

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____,
дата выдачи: « _____ » _____ 201 _____ года,

Орган выдавший свидетельство: _____ ,

оператору ООО «УЗИ ЦЕНТР», находящегося по адресу: 681027,г. Комсомольск-на-Амуре, проспект Ленина, д.6,помещение 1-6 (далее - Оператор).

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Медицинская организация министерства здравоохранения Хабаровского края

ООО «УЗИ ЦЕНТР»

Юридический адрес: 681027,г. Комсомольск-на-Амуре, проспект Ленина, д.6,помещение 1-6

Почтовый адрес: 681027,г. Комсомольск-на-Амуре, проспект Ленина, д.6,помещение 1-6

Включающих : фамилию , имя, отчество; пол; дату и место рождения; гражданство; данные о документе, удостоверяющем личность; месте жительства, месте и дате регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета(СНИЛС); сведения о социальном статусе, месте работы, профессии, занимаемой должности; реквизиты полиса ОМС(ДМС); контактный телефон; данные о состоянии здоровья, диагнозе, случаях обращения и оказания медицинской помощи; условиях, сроках, объеме, профиле и результатах оказания медицинской помощи, стоимости лечения.

Обработка персональных данных должна осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действие (операции) с моими (ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать 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 (договорам ДМС, договорам на оказание платных медицинских услуг).

Оператор имеет право в исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моих (ребенка) персональных данных со страховой медицинской организацией, с которой заключен договор , территориальным фондом ОМС, с организацией или соответствующим территориальным органом федерального органа исполнительной власти, в соответствии с 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 будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих (ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), **пять лет (для поликлиники).**

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

Настоящее согласие дано мной

дата « _____ » _____ 201 _____ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки моих (и ребенка) персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих (ребенка) персональных данных, с получением которого Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

Контактный телефон _____

Дата « ___ » _____ 20 _____ г.

Подпись гражданина _____ / _____ /

Подпись оператора _____ / _____ /

Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: _____ / _____