

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ номер _____ выданный _____ « _____ » _____ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГБУЗ «СП № 2 г. Сочи» МЗ КК, на обработку персональных данных моего ребенка

« _____ » _____ года, проживающий по адресу:

_____, свидетельство о рождении серия _____, номер _____, а именно: *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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая *сбор, систематизацию, накопление, хранение, 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 (договоров ДМС).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет для поликлиники. Я уведомлен, что база данных информации содержащая мои персональные данные находится на территории РФ.

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

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством 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 взаимозачетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ номер _____ выданный _____ « ____ » _____ года, в соответствии с

Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГБУЗ «СП № 2 г. Сочи» МЗ КК, на обработку 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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах 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 (документов) по ОМС (договоров ДМС).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет для поликлиники. Я уведомлен, что база данных информации содержащая мои персональные данные находится на территории РФ.

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

Настоящие согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством 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 взаимозачетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____
« ____ » _____ 20 ____ г. _____