

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, пациент (законный представитель), _____

(Ф.И.О. полностью),

зарегистрированный(ая) по адресу _____

паспорт

серия _____ № _____ выдан _____

, дата выдачи _____ года, код подразделения _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку муниципальным учреждением здравоохранения «Районная больница № 4» Хабаровского муниципального района Хабаровского края, находящегося по адресу: 680510, Хабаровский район, с. Тополево, ул. Школьная, 8а (далее — Оператор) предоставленных своих

(ребенка: _____,

(Ф.И.О. полностью, дата рождения),

свидетельство о рождении: серия _____ № _____, дата выдачи _____ года,

орган выдавший _____), данных,

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 действия (операции) с моими (ребенка) 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 (договорам ДМС, договорам на оказание платных медицинских услуг).

Оператор имеет право во 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 _____ 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 _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

Х. к. т. Зак. 5915