

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я (ФИО), _____,
 документ удостоверяющий личность_ПАСПОРТ серия_____ № _____,
 выдан _____,

 (кем)
 Дата выдачи: _____ Код подразделения _____
 СНИЛС: _____
 проживающий (ая) по адресу: _____,
 Медицинская организация к которой я прикреплен для медицинского обслуживания _____,
 Телефон: _____.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и/или обязанным сохранять врачебную тайну, подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «КРАСНОЯРСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4» зарегистрированному по адресу: ул. Курчатова, д. 17, строение 5 моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол ,год рождения, гражданство, адрес места жительства, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, анамнезе, диагнозах моих заболеваний, фактах обращения за медицинской помощью, серию и номер выданного листка нетрудоспособности, и иные сведения при моем обследовании и лечении.

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), финансовые и разрешительные документы.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров, дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболевания, оформления финансовых разрешительных документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Одновременно подтверждаю свое согласие на передачу моих данных Фонду Социального Страхования РФ (по их письменному запросу), другим медицинским организациям, и возможность консультации с использованием видеоконференцсвязи.

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

Срок моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: индивидуальной медицинской карты-5 лет, истории болезни- 25лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё 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 .

Настоящее согласие действует 1 год.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

 Подпись _____ ФИО _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я (ФИО), _____,
 документ удостоверяющий личность_ПАСПОРТ серия_____ № _____,
 выдан _____,

 (кем)
 Дата выдачи: _____ Код подразделения _____
 СНИЛС: _____
 проживающий (ая) по адресу: _____,
 Медицинская организация к которой я прикреплен для медицинского обслуживания _____,
 Телефон: _____.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и/или обязанным сохранять врачебную тайну, подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «КРАСНОЯРСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4» зарегистрированному по адресу: ул. Курчатова, д. 17, строение 5 моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол ,год рождения, гражданство, адрес места жительства, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, анамнезе, диагнозах моих заболеваний, фактах обращения за медицинской помощью, серию и номер выданного листка нетрудоспособности, и иные сведения при моем обследовании и лечении.

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), финансовые и разрешительные документы.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров, дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболевания, оформления финансовых разрешительных документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Одновременно подтверждаю свое согласие на передачу моих данных Фонду Социального Страхования РФ (по их письменному запросу), другим медицинским организациям, и возможность консультации с использованием видеоконференцсвязи.

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

Срок моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: индивидуальной медицинской карты-5 лет, истории болезни- 25лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё 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 .

Настоящее согласие действует 1 год.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

 Подпись _____ ФИО _____