

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____, « ____ » _____ г. рождения
зарегистрированный по адресу:

(место регистрации)

проживающий по адресу

(в случае проживания не по месту регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется законным представителем в случае оказания услуг несовершеннолетнему или лицу, признанному, в установленном законом порядке, недееспособным

Я, _____
(Ф.И.О., мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

проживающий по адресу:

паспорт серия _____ номер _____ кем выдан _____

дата выдачи _____, являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным):

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

Документ, удостоверяющий право представления интересов пациента

в соответствии с требованиями статей 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку **обществом с ограниченной ответственностью «МЕДСЕРВИС КАМЕНСК» (ИНН 6612039894, ОГРН: 1126612002725, адрес: 623409, г. Каменск – Уральский, ул. Свердлова, д/д.12)** (далее - Оператор) моих (представляемого лица) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату и место рождения, адрес места жительства (проживания) и регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, место работы (учебы), реквизиты паспорта (иного документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаях обращения за медицинской помощью, назначенном и проведенном лечении, и другую информацию в медико - профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, при условии, что обработка персональных данных будет осуществляться лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление, внесение персональных данных в электронную базу данных медицинской информационной системы, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между медицинской информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций) с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания медицинских услуг я предоставляю право Оператору на передачу (предоставление, доступ) моих (представляемого лица) персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных, в **общество с ограниченной ответственностью «Хеликс Екатеринбург» (620144, г. Екатеринбург, ул. Вережагина, стр. 15, помещ. 3, тел.: +7 812 607 6607; ИНН 6671298940 ОГРН: 1246600016960)** с использованием бумажных и машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа в целях оказания мне медицинской помощи, включая проведение лабораторных исследований.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования). Я понимаю, что указанные каналы связи не являются защищенными от возможности несанкционированного доступа третьих лиц и принимаю на себя риски наступления неблагоприятных последствий

(подпись)

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации и составляет 25 лет при ее ведении на бумажных носителях, 50 лет в случае ведения ее в медицинской информационной системе Оператора.

Настоящее согласие дано мной _____, и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)