

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
зарегистрирован (а) по адресу: _____
проживаю по адресу: _____
контактный телефон: _____ паспорт: серия _____
номер _____
выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку БУ «НОКБ имени В.И. Яцкив» (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, 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 его 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 моему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах его 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 персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), платными медицинскими услугами.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору _ДМС_) на обмен (прием и передачу) персональными данными моего ребенка с территориальным фондом ОМС, 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 персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники). Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо законного представителя, за исключением случая прямо предусмотренным законом. Настоящее согласие дано мной _____. _____ 20 ____ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое 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. 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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____

(расшифровка подписи)

Согласие подписано добровольно в моем присутствии врача _____

Согласие оформлено консилиумом врачей с учетом нарушенного сознания пациента и необходимостью оказания экстренной помощи. При нарушенном сознании пациента согласие оформляется консилиумом врачей, или дежурным врачом _____

