

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____, проживающий(ая) по адресу: паспорт серия номер _____, в соответствии с требованиями ст. 9, ст. 10 ФЗ от 27.07.2006 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие **ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России**, ИНН 3444048472, зарегистрированному по адресу: 400066, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, зд.1., далее именуемому «Оператор», с целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов на совершение действий (операций) или совокупности действий (операций) по обработке персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, номере медицинской карты, диагнозе, группе крови, резус принадлежность, семейном положении, реквизиты листка нетрудоспособности, причина нетрудоспособности, период нетрудоспособности, сведения о донорстве (номер справки, дата сдачи крови); иные сведения, необходимые в целях осуществления уставной деятельности, сведения о наличии инвалидности, результаты медицинских обследований; данные лабораторных исследований, антропометрические данные, сведения о госпитализации, сведения об оперативных вмешательствах; сведения об оказанной медицинской помощи, иные сведения, необходимые в целях оказания платных медицинских и иных услуг населению в соответствии с Уставом; иные сведения, необходимые в целях оказания медицинской помощи; иные сведения, необходимые в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения.

Цель обработки персональных данных (выбрать значение(я) в ячейках

нижеприведенного списка («да» - ✓, «нет» - X):

оказание мне /субъекту ПД медицинской помощи

обращение (заявление, жалоба и др.) в _____ по вопросу оказания медицинской помощи

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

- Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:
- Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
 - Обработка моих персональных данных без использования средств автоматизации.

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме; в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»; персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий и обязанностей. Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных. Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, если иное не предусмотрено федеральным законом, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____
(Подпись, Ф.И.О.) (дата)

Согласие получено

(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации

(Подпись, Ф.И.О.)

(дата) (Подпись) (Расшифровка подписи)