

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся), проживающий(ая) по адресу:

паспорт: _____ выдан: _____
(дата, наименование выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____

_____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного

недееспособным: _____

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

в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ООО «Здравсервис» Медицинский центр «Радуга здоровья» на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего 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 мне медицинской помощи в Медицинском центре «Радуга здоровья» (ООО «Здравсервис»), я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Медицинского центра «Радуга здоровья», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю право ООО «Здравсервис» Медицинскому центру «Радуга здоровья» осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Здравсервис» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в системе обязательного медицинского страхования и по оказанию социальных услуг населению Нижегородской области.

ООО «Здравсервис» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Нижегородской области с Министерством здравоохранения Нижегородской области, государственными учреждениями здравоохранения Нижегородской области, ООО «Здравсервис» «Медицинский информационно-аналитический центр» с использованием цифровых 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 согласия на обработку персональных данных соответствует срокам хранения первичной медицинской документации, утвержденным приказом МЗ СССР от 4 октября 1980 года №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» для медицинской карты стационарного больного и медицинской карты амбулаторного больного и составляет двадцать пять и пять лет соответственно.

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

Настоящее _____ согласие _____ дано _____ мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Здравсервис» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Здравсервис».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ООО «Здравсервис» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Контактный телефон: _____

(подпись)

(ФИО)

(Расшифровка)