

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

Я,
проживающий (ая) по адресу _____
паспорт _____ выдан _____
действующий в интересах моего сына (дочери)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания моему ребенку медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Медсервис" по адресу: 426009, Удмуртская Респ, Ижевск г, Фронтонная ул, здание 2 (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, а именно: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные порядки и стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных моего ребенка Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных моего ребенка 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;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка страховым медицинским организациям, медицинским организациям, органам управления здравоохранения, при условии, что указанные предоставление, передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных моего ребенка от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

- направлять информационные и рекламные СМС-сообщения по номеру телефона 89630636648.

- направлять результаты лабораторных и диагностических исследований моего ребенка по адресу _____ электронной почты .

Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения персональных данных моего ребенка Оператор обязан уничтожить все персональные данные моего ребенка, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с персональными данными моего ребенка:

1. Обработка персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

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 прав моего ребенка при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Согласие получено

Уполномоченный представитель медицинской организации _____