

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) {{ Пациент.ФИО }} паспорт серия {{ Пациент.Серия }} номер {{ Пациент.Номер }} выдан {{ Пациент.Кем выдан }} дата выдачи {{ Пациент.Дата выдачи }} Адрес регистрации: {{ Пациент.Полный адрес }}

Адрес фактического места жительства: _____
(являющийся(аяся) родителем/законным представителем (далее – Представитель пациента) несовершеннолетнего (далее – Пациент):
ФИО несовершеннолетнего

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку (*Название клиники*) (далее - Оператор), расположенному по адресу: _____ моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, адрес места жительства, контактный телефон, данные документа удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), блокирование, уничтожение.
Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.
В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг даю свое согласие на поручение Оператором обработки моих (представляемого мной лица) персональных данных, передачу моих (представляемого мной лица) персональных данных, указанных в настоящем согласии, в том числе составляющих врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам:
ООО " Независимая лаборатория ИНВИТРО" (ИНН 7710294238, ОГРН 1037739468381), ООО "Мобил Медикал Лаб" (ИНН 7709448243, ОГРН 1157746081998) ООО "Геомедиа" (ИНН 7325164981 ОГРН 1197325005987)

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

Я также подтверждаю/не подтверждаю - нужное подчеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений на указанный мной номер мобильного телефона: {{ Пациент.ФИО }} и/или адрес электронной почты: _____.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной {{ Документ.Дата }} и действует до его отзыва. Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных

подпись

расшифровка подписи

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИЛС. Предоставляя номер СНИЛС, пациент дает согласие на его обработку с целью организации технической возможности передачи медицинской документации в личный кабинет пациента на портале Госуслуги посредством МИС «МЕДОДС».

Подпись субъекта персональных данных

подпись

расшифровка подписи

Отказываясь от предоставления номера СНИЛС, пациенту (представителю пациента) разъяснено, что в отсутствие номера СНИЛС у медицинской организации отсутствует техническая возможность организовать передачу медицинской документации посредством МИС «МЕДОДС» в ЕГИСЗ, что влечет невозможность обеспечить доступ пациента к медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись субъекта персональных данных

подпись

расшифровка подписи