

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)
зарегистрирован (а) по адресу _____,
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
(дата выдачи, наименование выдавшего органа)

(дата выдачи, наименование выдавшего органа),

в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими вопросы защиты персональных данных, даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения ГБУ КО «РПЦ», расположенному по адресу: ул. Каштановая аллея д.145 (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения и место рождения; адрес регистрации и проживания; номер полиса ОМС; данные документа удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа, код подразделения); СНИЛС; сведения о состоянии здоровья; диагноз; результаты анализов; номер контактного телефона; место работы.

Обработка персональных данных допускается в следующих целях:

–оказание медицинского обеспечения.

Персональные данные могут обрабатываться как посредством автоматизированной так и неавтоматизированной обработки.

Я разрешаю осуществление следующих действий с персональными данными:

–сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение;

–обработка данных в информационных системах Оператора;

–передача в соответствии с действующим законодательством в уполномоченные государственные органы, в системы оказания государственных услуг;

–передача в страховую компанию следующих данных лица, законным представителем которого я являюсь: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес проживания; СНИЛС; номер полиса ОМС; номер документа удостоверяющего личность; код диагноза из МКБ; даты начала и окончания оказания медицинского обеспечения; сведения о наличии/отсутствии инвалидности.

Срок действия настоящего согласия – в течение оказания медицинского обеспечения и 25 лет после их окончания в соответствии со сроком хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Данное мной согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любой момент посредством направления Оператору письменного уведомления.

С момента получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и

(или) уничтожить персональные данные в срок 30 календарных дней с даты получения отзыва.

Я уведомлен (а), что при отзыве мной согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Требование об уничтожении не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе после прекращения предоставления медицинского обеспечения.

«__» _____ 202__ г. _____
ФИО (полностью) (подпись)