

АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА ТОМСКА
МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся

Ф.И.О. полностью

являющийся законным
представителем: _____

Ф.И.О. полностью

проживающий по
адресу: _____

паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
_____ когда _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку МАУЗ «Детская городская больница №1» (далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего/представляемого 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 Оператором мне/представляемому медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои/представляемого персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого со страховой медицинской организацией: _____

название _____

и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих/представляемого персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись

субъекта персональных данных _____

Дата _____