

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
 проживающий по адресу _____
 _____ (по месту регистрации) паспорт
 № _____ серия _____ выдан _____
 _____ (наименование выдавшего органа)
 законный представитель несовершеннолетнего _____
 _____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» **620149, г. Екатеринбург, ул. Акад. Бардина, д. 9а** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (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, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.**

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ СО МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР», 620078, г. Екатеринбург ул. Гагарина 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР “ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА” 620094, Россия, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Большакова, 105; ООО «Фирма «Эскейп», 129010, г. Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; ООО «Корпоративные информационные рутины (КИР)», 420049, г. Казань, ул. 2-ая Газовая, д. 14, ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, оф. 1101; ООО "ПАРУС-Екатеринбург" (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д.13; ОАО «Ростелеком», 191002, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 15 с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

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

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

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и 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.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
 проживающий по адресу _____
 _____ (по месту регистрации) паспорт
 № _____ серия _____ выдан _____
 _____ (наименование выдавшего органа)
 законный представитель несовершеннолетнего _____
 _____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» **620149, г. Екатеринбург, ул. Акад. Бардина, д. 9а** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (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, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.**

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ СО МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР», 620078, г. Екатеринбург ул. Гагарина 53; ГБУ СО ОПЕРАТОР “ЭЛЕКТРОННОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА” 620094, Россия, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Большакова, 105; ООО «Фирма «Эскейп», 129010, г. Москва, Проспект Мира, д. 16, стр. 2; ООО «Корпоративные информационные рутины (КИР)», 420049, г. Казань, ул. 2-ая Газовая, д. 14, ООО «Медотрейд», 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 69/75, оф. 1101; ООО "ПАРУС-Екатеринбург" (Региональный офис), 620014, г. Екатеринбург, ул. Маршала Жукова, д.13; ОАО «Ростелеком», 191002, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Достоевского, д. 15 с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

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

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

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20__ г. и 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.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /