

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных (далее – ПД) пациента

Я, нижеподписавшийся _____,
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,

проживающий по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных", в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Симилия», расположенного по адресу: 428003, г. Чебоксары, ул. Гагарина, 5 и 428032, г. Чебоксары, ул. Ярославская, 17 (далее – Учреждение), моих ПД, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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 диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, медицинским менеджментом и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими ПД:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих ПД неавтоматизированным способом;

- обработку моих ПД посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (ДМС);

- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС), обмен (прием и передача) моих ПД со страховой медицинской организацией, 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

- обмен моими ПД с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральным органом государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

- передачу моих ПД, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок хранения моих ПД соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Симилия».

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

Условием прекращения обработки ПД является получение Учреждением моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих ПД.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____

расшифровка подписи