СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,
(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствие с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим даю свое согласие уполномоченным должностным лицам Общества с ограниченной ответственностью «Симилия» (428003, Чувашская Республика, г Чебоксары, Ярославская ул, д. 17, помещ. 6б) ИНН 2129031288, ОГРН 1022101287636, ООО «Симилия» (далее по тексту – Оператор) на обработку и передачу моих персональных данных для обработки (сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; уничтожение; распространение) с использованием средств автоматизации, с передачей полученной информации по локальной сети Учреждения и по сети Интернет, а также без использования таких средств и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается в целях оказания мне медицинских услуг, обеспечения соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения с соблюдением необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также иных неправомерных действий в отношении персональных данных и распространяется на следующую категорию моих персональных данных:

фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; пол; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; должность; сведения о состоянии здоровья; номер медицинской карты; название страховой организации, номер страхового полиса ДМС; возраст; сведения о перемене адреса и места работы; диагноз; сведения о заболеваниях; лекарственная непереносимость; сведения, указанные в анамнезе; результат обращения за медицинской помощью; сведения об оказанных медицинских услугах; сведения о медицинских вмешательствах; рекомендации врачей; жалобы; сведения о лечениях; сведения об обследованиях; сведения о наблюдениях; сведения об операции; вид исследования.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет.

По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Согласие получено _____
(дата)

Уполномоченный представитель ООО «Симилия» _____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)