

Согласие на обработку персональных данных

Я

Дата рождения (фамилия, имя, отчество - полностью), проживающий (ая) по адресу:

Паспорт РФ: серия № (кем выдан, когда, код подразделения)

В лице представителя субъекта персональных данных (Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан (заполняется в случае согласия субъекта персональных данных)).

Дата рождения (фамилия, имя, отчество - полностью), проживающий (ая) по адресу:

Паспорт РФ: серия № (кем выдан, когда, код подразделения)

действующий от имени субъекта персональных данных на основании

(наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)
В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 N152-ФЗ "О персональных данных", ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" я даю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской врачебно-физикультурный диспансер» (191028, г. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д.18) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) (Ф.И.О.),

принадлежащих: фамилию, имя, отчество; пол, год, месяц, дату и место рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность); ИНН, дата постановки на учет, реквизиты свидетельства; реквизиты полиса ОМС; страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); месте работы, (учебы, занятий спортом); адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства (пребывания); почтовый и электронный адреса, номер телефона; виде спорта, спортивной квалификации, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также проведения текущих, этапных, предсрочных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений в том числе углубленных медицинских обследований а также в целях организации внутреннего учета Оператора, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. Неавтоматизированная обработка персональных данных; обезличивание, блокирование, -автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по

информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой; смешанная обработка персональных данных

Оператор имеет право осуществлять обработку данных на бумажных носителях, автоматизированную обработку персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой, смешанную обработку персональных данных, а также путем внесения в электронную базу данных регионального сегмента федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, включения в списки (реестры), заполнение первичных медицинских документов, утвержденных Министерством здравоохранения РФ и отчетные формы документов в том числе по ОМС, договорам ДМС, договорам по оказанию платных медицинских услуг, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться 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.

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

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления ответствующего письменного документа, направленного мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в день получения зыва.

Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Я ознакомлен(а) с тем, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, оператор вправе продолжить обработку персональных данных з согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.2 ст.9 зederalного закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору использовать персональные данные в целях информирования меня с помощью средств язи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или следование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мною лица (результаты дополнительных методов следования и др.) через защищенные каналы связи (электронная почта), для чего я самостоятельно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору сылать данные о состоянии здоровья и иные сведения.

телефон: _____

стоящее согласие дано мной _____ и действует до дня его отзыва _____ (дата)

письм субъекта персональных данных _____ (или его законного представителя)