

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся (ая) ся _____
(ФИО полностью)

Являясь законным представителем ребенка _____
(ФИО полностью, дата рождения)

Проживающий по адресу: _____
(указать место прописки, место проживания)

Паспорт серия _____ номер _____ выдан (дата) _____

Название выдавшего органа _____

Контактный телефон _____

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» №152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку «ОБУЗ Курская городская детская поликлиника», адрес: 305007, г. Курск, пр. Энтузиастов 18 (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка и моих, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, иных данных при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка и моих, 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 и моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе: обрабатывать данные моего ребенка и моих посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (ДМС), другие учреждения для исполнения требований действующего законодательства.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе здравоохранения на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и моего ребенка со страховыми медицинскими организациями, действующими на территории Курской области и Курским территориальным фондом областного медицинского страхования; региональное отделение ФСС; МСЭ; Комитетом здравоохранения Курской области; Комитетом здравоохранения г. Курска; ОГУЗ Бюро мед. Статистики; Росздравнадзор; военным комиссариатом; Роспотребнадзор; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Курской области»; Медицинские учреждения здравоохранения с целью проведения обследования, лечения; передачи в городские поликлиники медицинской документации совершеннолетних пациентов; учреждения, действующие в системе образования, в объеме, определенном действующим законодательством, приказами и распоряжениями Комитета здравоохранения Курской области, г. Курска, иными организациями/учреждениями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения медицинской документации на бумажных и электронных носителях определяется нормативными документами.

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 течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

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

Подпись субъекта персональных данных _____