

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «**О персональных данных**» № 152-ФЗ, Заказчик/Потребитель подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в КГБУЗ "Детская городская больница" министерства здравоохранения Хабаровского края, расположенного(ой) по адресу(ам): Хабаровский край, город Комсомольск-на-Амуре, ул. Летчиков, д.3. (далее - Оператор) данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о Заказчике/Потребителе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи Заказчику/Потребителю предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Заказчика/Потребителя.

Заказчик/Потребитель предоставляет Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Заказчика/Потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, ДМС, МИС КГБУЗ «МИАЦ».

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС (по договору) на обмен (прием и передачу) персональными данными Заказчика/Потребителя со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, КГБУЗ «МИАЦ» 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. Срок хранения персональных данных Заказчика/Потребителя соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее согласие действует бессрочно с момента подписания. Заказчик/Потребитель оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен Заказчиком/Потребителем в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Заказчика/Потребителя, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

С Приложением № 1 к Договору «Письменное согласие на обработку персональных данных» Заказчик/Потребитель ознакомлен, все положения и пункты Заказчику/Потребителю разъяснены и понятны.

ФИО Заказчика/Потребителя _____ Подпись

Представитель Исполнителя ФИО _____ Подпись

Дата « ____ » _____ 20__ г

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «**О персональных данных**» № 152-ФЗ, Заказчик/Потребитель подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в КГБУЗ "Детская городская больница" министерства здравоохранения Хабаровского края, расположенного(ой) по адресу(ам): Хабаровский край, город Комсомольск-на-Амуре, ул. Летчиков, д.3. (далее - Оператор) данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о Заказчике/Потребителе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи Заказчику/Потребителю предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Заказчика/Потребителя.

Заказчик/Потребитель предоставляет Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Заказчика/Потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, ДМС, МИС КГБУЗ «МИАЦ».

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС (по договору) на обмен (прием и передачу) персональными данными Заказчика/Потребителя со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, КГБУЗ «МИАЦ» 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. Срок хранения персональных данных Заказчика/Потребителя соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее согласие действует бессрочно с момента подписания. Заказчик/Потребитель оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен Заказчиком/Потребителем в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Заказчика/Потребителя, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

С Приложением № 1 к Договору «Письменное согласие на обработку персональных данных» Заказчик/Потребитель ознакомлен, все положения и пункты Заказчику/Потребителю разъяснены и понятны.

ФИО Заказчика/Потребителя _____ Подпись

Представитель Исполнителя ФИО _____ Подпись

Дата « ____ » _____ 20__ г

