

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.представитель_дата_рождения}} года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: {{пациент.представитель_адрес}}, паспорт серия {{пациент.представитель_документ_ном_серия}} № {{пациент.представитель_документ_ном_номер}} выдан {{пациент.представитель_документ_дата}} {{пациент.представитель_документ_выдал}}, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным: {{пациент.фио_полное}} (далее по тексту – «представляемый»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 -ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Региомед» (680030, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Волочаевская, д.124) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица, в том числе на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных ниже целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства Российской Федерации, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без такого использования. Настоящее согласие дается для обработки персональных данных в медико-профилактических целях (для установления медицинского диагноза, определения методики лечения заболеваний, оформления медицинской документации, оказания всех видов медицинских услуг), оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. Настоящее согласие распространяется в отношении обработки следующих персональных данных: фамилию, имя, отчество; паспортные данные; пол, дату и место рождения, социальное, имущественное и семейное положение; адрес регистрации по месту жительства; фактический адрес место жительства; место работы и занимаемая должность; контактные номера телефонов; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, иных сведений, прямо относящихся к моей личности/личности представляемого мною лица. Настоящее согласие дается при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, либо лицом, на которого в силу должностных обязанностей возложена ответственность за обработку указанных данных. В процессе оказания мне/представляемому мною лицу платных медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мною лица, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, своим работникам, в интересах медицинского обследования и лечения. Мне известно, что Оператор имеет право в случаях, предусмотренных законодательством, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого мною лица с заинтересованными организациями (ЛПУ, страховые организации, правоохранительные органы и др.) с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка персональных данных будут осуществляется лицом, ответственным за их обработку. Передача моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я уведомлен(а), что срок хранения персональных данных, обрабатываемых Оператором при оказании медицинских услуг, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его подписания. Мне разъяснено право отозвать досрочно данное согласие посредством составления заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Указанное заявление может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку уполномоченному представителю Оператора. С момента получения заявления Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица.

Я, {{пациент.фио_полное}} {{пациент.дата_рождения}} года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}, паспорт серия {{пациент.документ_ном_серия}} № {{пациент.документ_ном_номер}} выдан {{пациент.документ_дата}} {{пациент.документ_выдал}}, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 -ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Региомед» (680030, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Волочаевская, д.124) (далее - Оператор) моих персональных данных, в том числе на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных ниже целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение,

использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства Российской Федерации, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без такого использования. Настоящее согласие дается для обработки персональных данных в медико-профилактических целях (для установления медицинского диагноза, определения методики лечения заболеваний, оформления медицинской документации, оказания всех видов медицинских услуг), оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. Настоящее согласие распространяется в отношении обработки следующих персональных данных: фамилию, имя, отчество; паспортные данные; пол, дату и место рождения, социальное, имущественное и семейное положение; адрес регистрации по месту жительства; фактический адрес место жительства; место работы и занимаемая должность; контактные номера телефонов; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, иных сведений, прямо относящихся к моей личности/личности представляемого мною лица. Настоящее согласие дается при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, либо лицом, на которого в силу должностных обязанностей возложена ответственность за обработку указанных данных. В процессе оказания мне/представляемому мною лицу платных медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мною лица, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, своим работникам, в интересах медицинского обследования и лечения. Мне известно, что Оператор имеет право в случаях, предусмотренных законодательством, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого мною лица с заинтересованными организациями (ЛПУ, страховые организации, правоохранительные органы и др.) с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что прием и обработка персональных данных будут осуществляться лицом, ответственным за их обработку. Передача моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я уведомлен(а), что срок хранения персональных данных, обрабатываемых Оператором при оказании медицинских услуг, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его подписания. Мне разъяснено право отозвать досрочно данное согласие посредством составления заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Указанное заявление может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку уполномоченному представителю Оператора. С момента получения заявления Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица.

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя):

_____/ _____ {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} /
Подпись ФИО полностью

Дата подписания согласия: {{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}}