СОГЛАСИЕ

Пациента на обработку персональных данных

Я

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: ,

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО Многопрофильная Медицинская Клиника «Союз», 664082, г. Иркутск, проезд Юрия Тена, 30, (далее - Оператор) моих персональных данных, /или моего несовершеннолетнего ребенка, а именно

- фамилия, имя, отчество ,

Дата рождения ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_ ,

-сведения о состоянии моего здоровья, /или моего несовершеннолетнего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

-сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 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, 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 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 разглашениеможет осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, прямо предусмотренных в Законе.

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

обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов, а так же 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.) (дата)

Даю согласие на информирование посредством смс-оповещения на предоставленный мной телефонный номер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)