

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: _____

Документ личности: _____

(название документа личности, серия, номер, жом выдан, когда выдан)

Проживающая по адресу: _____

(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ "ГПСБ имени С.С. Юдина ДЗМ" (г. Москва, Коломенский проезд, дом 4.) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также сообщать данные о моём местонахождении и текущем состоянии здоровья через справочную службу Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с распоряжениями и приказами Минздравсоцразвития РФ и Департамента здравоохранения города Москвы и по ОМС (договору ДМС).

Допускаю, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системах мониторинга пролеченных пациентов Департамента здравоохранения г.Москвы и Минздравсоцразвития РФ, а также в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Разрешаю использовать мои персональные медицинские данные для научных целей при обязательном условии их обезличивания.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной

201_ г.

Пациент _____

(подпись пациента или его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, паспортные данные, дата)