

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, (дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СК «Ессентукский межрайонный родильный дом», находящейся по адресу: г. Ессентуки, ул. Октябрьская 460, ИНН 2626008874, ОГРН 1022601219915, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), данные о регистрации, фактический адрес, место работы/учебы, СНИЛС, реквизиты медицинского полиса ОМС (ДМС), контактный телефон, копию паспорта (для иногородних и лиц, получающих Родовой сертификат, в целях исключения ошибок в написании Фамилии, Имени, Отчестве), данные о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а так же смешанным способом.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета.

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 на бумажные носители и в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС/ДМС и вышестоящей организацией. Оператор имеет право для работы в системе ОМС/ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, организацией – заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, Министерством Здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с Министерством здравоохранения Ставропольского края, с ООО «Медицина ИТ», с ГБУЗ СК «МИАЦ», а так же с иными подведомственными Министерству Здравоохранения Ставропольского края медицинскими организациями, с организациями, осуществляющими контроль качества оказания мне медицинских услуг, с органами власти, с использованием машинных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться липом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.