СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Паспорт:** *серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.,*

(наименование документа, N, сведения о дате выдачи документаи выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006, N 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю своё согласие на обработку КГБУЗ Владивостокская поликлиника №3», ул. Луговая, 55(далее – Оператор) моих данных включающих: фамилия, имя, отчество, место, год и дата рождения; домашний адрес; телефон; номер амбулаторной карты; данные медицинского полиса; паспортные данные; данные пенсионного страхования; данные посещений поликлиники; данные посещения на дому; данные о выписанных рецептах (серия, номер, название, количество препарата, разовая доза/курсовая доза); данные о профилактических прививках; биометрические персональные данные (фотография предоставляется при необходимости); данные о состоянии моего здоровья (диагноз, имеющиеся заболевания, наличие инвалидности, случаи обращения за медицинской помощью, осуществляемую как в медико-профилактических целях, так и в целях установления медицинского диагноза или оказания мне медицинского диагноза или оказания мне медицинских услуг) при условии, что обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью, обязанными хранить врачебную тайну, а также лицами, допущенными к обработке персональных данных (отдел статистики, регистратура (медицинские регистраторы, регистраторы, администраторы)).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение(обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Согласие распространяется на автоматизированную и неавтоматизированную обработку персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредствам внесения их в электронную базу данных включения в списки (реестры) и отчётные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, Государственными учреждениями «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования» (ГУ ТФОМ ПК), а также передачу моих персональных данных в Управление здравоохранения администрации г. Владивостока, Администрацию г. Владивостока, Администрацию Приморского края, Государственное учреждение здравоохранения Приморского края, медицинские организации. Приморское региональное отделения Фонд социального страхования, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа (уведомления), который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителя Оператора. В случае получения письменного уведомления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку по истечении периода, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате медицинских услуг, оказанных мне до получения уведомления.

Настоящее согласие дано мной "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных или его законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

От представления персональных данных отказался \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.