КТБУЗ "Владивостокская поликлиника №3"

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. (полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт: серия номер , выдан:

 от" " 20 г.

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

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 посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеег право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, Государственным учреждением "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 отделение 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 свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа (уведомления), который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного уведомления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку по истечении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате медицинских услуг, оказанных мне до получения уведомления. Я согласен на получение CMC уведомлений и по Email

Настоящее согласие дано мной "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно

Подпись субъекта персональных данных или его законного представителя:

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

Подпись ФИО

От предоставления персональных данных отказался:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.