

## Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ Дата рожд.: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

На лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан заполняется законным представителем (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Паспорт № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель) \_\_\_\_\_

ФИО ребенка, или недееспособного гражданина, год рождения \_\_\_\_\_  
в соответствии с требованиями ст.ст. 23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях ведения медицинского учета **подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РМЭ «Врачебно-физкультурный диспансер»**, расположенным по адресу: г. Йошкар-Ола, ул. Я. Эшпая, 147 (далее – Учреждение-оператор), персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 Учреждением-оператором медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) персональных данных неавтоматизированным способом.
- обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в т.ч. по ОМС (договором ДМС).
- обмен (прием и передача) персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- передачу персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-оператора, включенных в соответствующий перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов в ГБУ РМЭ «Врачебно-физкультурный диспансер»

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /