



г. Сургут, ул. Сибирская, 14/2 ☎ 52-70-30 (40)
ул. Студенческая, 18 ☎ 52-70-50 (60)

Приказ БУ «СКГП-1»

от 31.07.2014 г. №03-07-320/14

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

я, Ф.И.О. полностью

д/рожд. дата рождения

(Фамилия, имя, отчество)

паспорт серия номер кем и когда выдан _____

_____, код подразделения _____

проживающий(ая) по адресу: домашний адрес

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 -ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

РФ" ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку Бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» (628403, г. Сургут, ул. Сибирская, д. 14/2, ул. Студенческая, дом 18, ул. Университетская, дом 19) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной ребенка (сына, дочери)

(Фамилия, имя, отчество),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии, видеоматериалы) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, с целью формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. В процессе оказания Оператором мне/представляемому мной ребенку медицинских услуг

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной ребенка, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров, работодателю (исключительно информация по формированию листка нетрудоспособности в электронном виде), Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы,), обезличивание, блокирование, уничтожение. ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, работодателем (исключительно информация по формированию листка нетрудоспособности в электронном виде), Фондом социального страхования Российской Федерации, учреждением медико-социальной экспертизы, организацией - заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMSсообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результатах обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу

адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения: E-mail: _____

Телефон

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ 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 _____

(Фамилия И.О.)

/ Дата: «» 20 г.

день операции

Сведения в электронную базу данных внесены:

Оператор: Подпись _____

(Фамилия И.О.)