

СОГЛАСИЕ
законного представителя пациента
ФГБУ ДПНС «Калуга-Бор» Минздрава России
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
дата выдачи « ____ » _____ г.

на основании _____

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя - например, данные свидетельства о рождении)

являюсь законным представителем субъекта персональных данных (Пациента):

(Фамилия, имя, отчество представляемого субъекта персональных данных (Пациента) полностью)

зарегистрированного(-ой) по адресу: _____

Вид, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность: _____

Дата выдачи _____, Наименование выдавшего органа: _____
(далее - Пациент)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя - например, данные свидетельства о рождении)

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **ФГБУ ДПНС «Калуга-Бор» Минздрава России**, адрес: 248007, г. Калуга, ул. Калуга-Бор, д. 3 (далее – Оператор), на обработку* следующих своих персональных данных:

данные документа, удостоверяющего личность; СНИЛС; сведения о регистрации по месту жительства; сведения, указанные в свидетельстве о государственной регистрации акта гражданского состояния; контактные телефоны, а также следующих персональных данных Пациента:

фамилия, имя, отчество; контактные телефоны; пол; возраст; год, месяц, дата и место рождения; гражданство; социальное положение; место работы, учебы; данные о социальных льготах (в том числе, об инвалидности); адрес проживания и пребывания; реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (в том числе, свидетельства о рождении); данные полиса ОМС ; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения об оказанных услугах; данные о состоянии здоровья, вредных привычках, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о назначенном и проведенном лечении; сведения о результатах анализов, медицинского обследования, полученных рекомендациях; сведения о приёме лекарственных препаратов, применении медицинского изделия и иные данные, полученные от Пациента, его законных представителей в ходе оказания Пациенту Оператором медицинских услуг в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, проведения медицинских вмешательств, оказания медицинских услуг по заключенному договору об оказании медицинских услуг и (или) по ОМС, в целях учета оказанных медицинских услуг, в целях удостоверения личности, подписания информированного добровольного согласия по различным направлениям, ведения медицинской документации Оператора, оформления справок.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных и персональных данных Пациента осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные Пациента посредством внесения их в электронные медицинские карты, базы данных, передачи данных по внутренней локальной вычислительной сети Оператора, проведения обработки персональных данных неавтоматизированным способом, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (по договорам).

В процессе оказания Пациенту Оператором медицинской помощи (медицинских услуг) я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать персональные данные Пациента другим работникам Оператора в вышеуказанных целях. Конфиденциальность персональных данных Пациента при их передаче обеспечивается Оператором в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку Оператором специальных категорий персональных данных Пациента.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия до момента достижения целей обработки персональных данных с последующей передачей персональных данных в медицинский архив на хранение сроком, предусмотренным Федеральным законом от 22.10.2004 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации». Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и ч.2 ст.10 Федерального закона «О персональных данных».

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

*обработка персональных данных – любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.