

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____ Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____

Выдан: _____

(кем выдан)

(дата выдачи)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю свое согласие на обработку** Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Приморская центральная районная больница» (юридический адрес: г. Архангельск, пр-кт. Ломоносова, д. 271, ИНН 2921002076) (далее – Оператор) **моих персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессия, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Социальном фонде России (СФР), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной Оператору, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания мне медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (далее - Согласие).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование; передачу кругу лиц, определенным соглашениями, и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях оказания медицинских услуг; обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных. 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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам: должностным лицам и работникам Оператора, а также страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ТФОМС, СФР, ФНС, Росстату, Росздравнадзору, Роспотребнадзору, Минздраву, иным государственным органам.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до окончания цели обработки персональных данных. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного заявления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Подпись пациента _____ / _____ / Дата _____