

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к приказу ГБУЗ Архангельской области
«Приморская ЦРБ»

от «__» _____ 20__ г. № ____

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 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)

представляющий интересы пациента: _____

(Ф.И.О. пациента полностью)

проживающего _____ по _____ адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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, персональных данных представляемого мной лица**, 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 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 персональными данными (моими, представляемого мной лица), 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать персональные данные (мои, представляемого мной лица) в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах 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 персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Подпись представителя _____/ _____/

Дата _____