Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я_____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения_____, проживающий (ая) по адресу: _____

_____

Паспорт РФ: серия_____№_____, _____
(кем выдан, когда, код подразделения)

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Я_____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения_____, проживающий (ая) по адресу _____

_____

Паспорт РФ: серия_____№_____, _____
(кем, когда, код подразделения)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)_____
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

_____
наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 N152-ФЗ "О персональных данных", статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" я подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» (191028, г. Санкт-Петербург, наб.р. Фонтанки, д.18) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным)
(Ф.И.О.),_____
включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, (учебы, занятий спортом), виде спорта, спортивной квалификации, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также проведения текущих, этапных, предсоревновательных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений в том числе углубленных медицинских обследований а также в целях организации внутреннего учета Оператора, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора .

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. неавтоматизированная обработка персональных данных;

-автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных

Оператор имеет право осуществлять обработку данных на бумажных носителях, автоматизированную обработку персональных данных с передачей полученной информации по информационно-телекоммуникационным сетям или без таковой, смешанную обработку персональных данных, а также путем внесения в электронную базу данных регионального сегмента федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, включения в списки (реестры), заполнение первичных медицинских документов, утвержденные Министерством здравоохранения РФ и отчетные формы предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в том числе по ОМС, договорам ДМС, договорам по оказанию платных медицинских услуг, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Я ознакомлен(а) с тем, что в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:
E-mail:_____Телефон: _____

Настоящее согласие дано мной_____и действует до дня его отзыва
дата

Подпись субъекта персональных данных _____
(или его законного представителя)