

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФамилияИмяОтчествоКонтрагента}

по адресу (указывается адрес регистрации): {АдресКлиента}, документ, удостоверяющий личность: наименование {ПаспортныеДанные_ВидДокумента} серия и номер {ПаспортныеДанные_Серия}

№{ПаспортныеДанные_Номер},

{ПаспортныеДанные_КемВыдан} {ПаспортныеДанные_ДатаВыдачи} {ПаспортныеДанные_КодПодразделения}

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, свободно, своей волей, в своем интересе и в интересах представляемого (нужное подчеркнуть)

{ФамилияИмяОтчествоЗаконногоПредставителя}

(Ф.И.О. представляемого полностью)

Проживающий по адресу (адрес регистрации) {АдресЗаконногоПредставителя} документ, удостоверяющий личность:

паспорт _____ серия и номер {ПаспортныеДанные_СерияЗаконногоПредставителя} №

{ПаспортныеДанные_НомерЗаконногоПредставителя}, дата выдачи

{ПаспортныеДанные_ДатаВыдачиЗаконногоПредставителя}

даю согласие на обработку ООО «ВАЛЕНСИЯ», Санкт-Петербург, ул.Пушкинская 19 (далее – Исполнитель) моих (и представляемого) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о работе, профессии, должности, данные о состоянии моего (и представляемого) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, биометрические данные (фотографии, рентгеновские снимки, слепки и пр.) и иные сведения, составляющие врачебную тайну, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и медицинской помощи, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В процессе оказания Исполнителем мне (и представляемому) медицинской помощи/медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам обрабатывать, передавать мои (представляемого) персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну:

- другим должностным лицам и персоналу Исполнителя, в интересах моего (т представляемого) обследования и лечения, контроля качества оказания медицинской помощи,

- субисполнителям по договору об оказании платных медицинских услуг, а также иным лицам в целях надлежащего исполнения Исполнителем условий договора об оказании платных медицинских услуг,

- медицинским организациям, в которых я (и представляемый) получал(-а) или получаю медицинскую помощь и медицинские услуги,

- в обезличенной форме (не позволяющей идентифицировать личность) персоналу Исполнителя, а также третьим лицам для использования в статистических и научно-исследовательских целях.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими (и представляемого) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои (и представляемого) персональные данные неавтоматизированным и автоматизированным способами, в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, медицинские информационные системы, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной документации.

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием, передачу, доступ) моими (и представляемого) персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных и электронных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня (и представляемого) об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих (и представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение всего срока хранения медицинских документов и составляет двадцать пять лет, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Я (и представляемый) оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который направляется в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручается лично под расписку уполномоченному представителю Исполнителя.

В случае получения моего (и представляемого) письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (и представляемому) до этого медицинской помощи и по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Исполнителя, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Я, {ФамилияИмяОтчествоКонтрагента} в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выражаю отказ от передачи моих персональных данных в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Под отказом я подразумеваю запрет на передачу следующих данных:

1. Сведения о моем здоровье, включая результаты обследований, диагнозы, назначения и выписки.
2. Информацию о посещении мной медицинских учреждений.
3. Персональные данные (ФИО, дата рождения, СНИЛС, данные документов, удостоверяющих личность).

Обоснование моего отказа:

В соответствии с ч. 1 ст. 5 и ч. 2 ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» я обладаю правом на защиту своих персональных данных, включая запрет на их передачу без моего согласия, если иное не предусмотрено законом.

ПРОШУ:

1. Исключить мои персональные данные из перечня информации, подлежащей передаче в ЕГИСЗ.
2. Обеспечить исполнение настоящего заявления всеми сотрудниками вашей организации.
3. Подтвердить в письменном виде факт учета моего отказа.

Разъяснение последствий:

Я осознаю, что мой отказ от передачи данных в ЕГИСЗ может повлечь следующие последствия:

- Возможные сложности при оказании медицинской помощи в других учреждениях, так как информация о моем состоянии здоровья не будет доступна.
- Отсутствие доступа к определённым государственным услугам, предоставляемым через ЕГИСЗ.

Подтверждаю, что мои действия являются добровольными и осознанными.

Настоящее заявление составлено в двух экземплярах, один из которых передается ООО «ВАЛЕНСИЯ», второй остается у меня с отметкой о его принятии.

{Дата} Пациент/представитель
_____/_____: {ФамилияИмяОтчествоКонтрагента}
подпись (ФИО полностью)