

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ Ф.И.О.

_____ г.р.

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Паспорт _____ номер _____ выдан _____

(указывается наименование и реквизиты документа, кем, когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «РНИЦРР» Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Профсоюзная, д.86, стр. 1 (далее - Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные, СНИЛС, ИНН, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, место работы и должность, реквизиты полиса ОМС и ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, блокирование, уничтожение, запись, извлечение, удаление. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор вправе обрабатывать персональные данные, находящиеся в электронной истории моей болезни, включать её в списки (реестры) и отчетные формы, а также совершать иные действия, не запрещенные действующим законодательством Российской Федерации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией и территориальным фондом ОМС (при наличии соответствующих договоров) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Передача моих персональных данных иным лицам или организациям, в том числе передача моих данных в ЕГИСЗ или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Оператор проинформировал меня о возможности реализации моего права на доступ к медицинской документации путем передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ.

Мне в полном объеме и доступной форме разъяснена целесообразность передачи данных, а также то, что передача является обязанностью ФГБУ «РНЦРР» Минздрава РФ.

Дальнейших претензий к ФГБУ «РНЦРР» Минздрава РФ по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной _____
«___» _____ 202__ г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____

Ф.И.О. _____