СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных (подопечного)

Я

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа, удостоверяющего личность)

серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(когда и кем)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего; опекаемого)

казенному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М.Сагандуковой», расположенному по адресу: 628012, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.76; ИНН 8601014355, ОГРН 1028600516163 (далее - Оператор).

Согласие дается мною в медико-профилактических целях, в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны на следующую информацию:

1. фамилия, имя, отчество;
2. паспортные данные;
3. адрес места жительства (по регистрации, фактического проживания);
4. контактный телефон;
5. адрес электронной почты.

Согласие дается мною в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществлениях иных, связанных с этим мероприятий, а так же в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны моего ребенка на следующую информацию:

1. фамилия, имя, отчество;
2. пол;
3. серия, номер свидетельства о рождении ребенка, дата выдачи, наименование органа, выдавшего его;
4. реквизиты страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
5. реквизиты полиса обязательного медицинского страхования;
6. пол;
7. дата рождения и место рождения;
8. национальность;
9. гражданство;
10. адрес места жительства (по регистрации, фактического проживания);
11. контактный телефон;
12. данные электронной медицинской карты пациента;
13. место учебы;
14. занятость;
15. категория льготности;
16. сведения о состоянии здоровья;
17. инвалидность;
18. социальный статус (положение);
19. данные рентгеновского снимка.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать все 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, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать, либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Оператор вправе передавать персональные данные в документальной и электронной форме в различные государственные органы власти, если этого требует законодательство Российской Федерации или Ханты-Мансийского автономного округа - Югры при необходимости оказания медицинской помощи в другие медицинские организации г.Ханты-Мансийска, а так же третьим лицам:

1. казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийский клинический противотуберкулезный диспансер» (Адрес: 628012, Россия, ХМАО - Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Гагарина 76A);
2. автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Центр профессиональной патологии» (Адрес: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, дом 73);
3. бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружная клиническая больница» (Адрес: 628012, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д.40);
4. бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер» (Адрес: г. Ханты-Мансийск, 628011 ул. Гагарина, 72);
5. бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (Адрес: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д.75);
6. МОУ СОШ №6 им. Сирина Н.И.;
7. органы государственной власти и ОГИБДД МОМВД, лицам, отвечающим за организацию сопровождения и непосредственно перевозку (водители, механик, исполнители по договору фрахтования).

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

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 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата (Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)

Примечание:

1. Вместо паспорта могут указываться данные иного основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных.
2. Письменное согласие заполняется и подписывается субъектом персональных данных собственноручно в присутствии должностного лица оператора.
3. Перечень персональных данных уточняется исходя из целей получения согласия.

Разъяснение

субъекту персональных данных

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) : серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получил(а) разъяснения о юридических последствиях отказа предоставить персональные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего; опекаемого)

Казенному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» субъект персональных данных при предоставлении медицинской услуги, обязан предоставить определенный перечень информации о себе.

Без предоставления субъектом персональных данных обязательных для предоставления медицинской услуги сведений, медицинская услуга не может быть предоставлена.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись | Расшифровка |
| Юридические последствия отказа предоставить персональные данные разъяснил(а): | | |
| должность | Подпись | Расшифровка |