

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку МБУЗ Детская городская клиническая поликлиника №8 (далее Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество,
- пол,
- дату рождения,
- адрес проживания/регистрации,
- паспортные данные,
- данные свидетельства о рождении,
- контактный телефон,
- реквизиты полиса ОМС (ДМС),
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС),
- данные о состоянии моего/представляемого здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне/представляемому медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемыми персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои/представляемые персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, договором на оказание платных медицинских услуг. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих/представляемых персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача моих/представляемых персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие 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 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 3 дне с момента получения заявления.