

ОБРАЗЕЦ

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ в ООО Центр семейной медицины "АЛМИТА"

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный: (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: (указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении пациента _____ (ДД.ММ.ГГГГ) (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающий по адресу: (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО Центр семейной медицины "АЛМИТА", расположенного по адресу: г. Новосибирск, ул. Железнодорожная 12/1 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

/	
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
/	
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, контактный телефон)

/

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, Уполномоченный представитель медицинской организации)

Дата оформления: ДД.ММ.ГГ.