

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(от 14 до 18 лет)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

документ удостоверяющий личность – паспорт гражданина Российской Федерации, серия _____

№ _____ выдан _____

(кем и когда)

проживающий(ая) по адресу _____,

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие **ООО «Профессорская клиника Юсковских»** (далее – Оператор), зарегистрированному по адресу г. Владивосток, ул. Металлистов, д. 3, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества в случае их изменения); пол; дата рождения; место рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); информация о гражданстве (в том числе предыдущие гражданства, иные гражданства); адрес места жительства (адрес регистрации, адрес фактического проживания); страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС); контактные данные (номера контактных телефонов, адрес электронной почты); сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС); реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); сведения о состоянии здоровья (анамнез, диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования).

в целях: установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в медико-профилактических целях.

Даю согласие Оператору производить с моими персональными данными действия, определёнными статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок 25 лет, согласно сроку хранения амбулаторной карты в соответствии с Письмом Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации».

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлён мной только в письменной форме, либо в форме электронного документа, заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью.

Подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

_____ « ____ » _____ 20__ г.
(Ф.И.О.) (подпись)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

документ удостоверяющий личность – паспорт гражданина Российской Федерации, серия _____

№ _____ выдан _____

(кем и когда)

проживающий(ая) по адресу _____,

являясь законным представителем:

_____ (фамилия, имя, отчество пациента)

даю согласие Оператору на обработку персональных данных.

_____ « ____ » _____ 20__ г.
(Ф.И.О. законного представителя) (подпись)