

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О.)

в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г. Уфа, (далее - Оператор) согласие на получение и на обработку моих персональных данных в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а именно:

1) фамилия; имя; отчество;

2) пол;

3) дата рождения;

9) адрес места жительства и места пребывания;

10) домашний телефон;

11) мобильный телефон;

21) данные полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);

24) данные о состоянии моего здоровья: о заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, о назначенном лечении, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

33) биометрические данные (фотография);

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе биометрические данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трех рабочих дней) направлять их Оператору для коррекции.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, другими ЛПУ и статистическим управлением с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

При оказании мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

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

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною 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:

а) прекратить обработку моих персональных данных;

б) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, без уведомления меня об этом.

Я утверждаю, что ознакомлен (-а) с документами поликлиники, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден (-а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)