

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

Фамилия, имя, отчество заполняется собственноручно

Адрес (по месту
регистрации) _____

Паспорт: серия, № _____

Выдан: орган/дата _____

далее – «**Субъект персональных данных**».

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ **подтверждаю своё согласие** на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ленинградской области «Кировская стоматологическая поликлиника» 187341, Россия, Ленинградская обл., г. Кировск, ул. Северная, д. 13, далее – «**Оператор**», моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

В процессе оказания Оператором мне 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои 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 (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по передаче отчетных форм в системе ОМС (по договорам ДМС) моих персональных данных в страховую медицинскую организацию с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные.

Передача моих персональных данных, информации, являющейся врачебной тайной иным лицам или в иных случаях может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной ____/_____/201__ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен 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 периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных _____