

ООО «ИМУНОЛАБ»

наименование медицинской организации

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, (законный представитель),

(Ф.И.О. полностью)

Зарегистрирован (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(кем, когда)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю **согласие на обработку своих персональных данных** и данных предоставленного ребенка (опекуна):

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____,
дата выдачи: “ _____ ” _____ 201 _____ года,

Орган выдавший свидетельство: _____),

оператору ООО «ИМУНОЛАБ», находящегося по адресу: 680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, 39 (далее - Оператор).

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Медицинская организация министерства здравоохранения Хабаровского края

ООО «ИМУНОЛАБ»

Юридический адрес: г. Хабаровск, ул. Гоголя, 39

Почтовый адрес: г. Хабаровск, ул. Гоголя, 39

Включающих : фамилию , имя , отчество ; пол ; дату и место рождения ; гражданство ; данные о документе , удостоверяющем личность ; месте жительства , месте и дате регистрации ; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) ; сведения о социальном статусе , месте работы , профессии , занимаемой должности ; реквизиты полиса ОМС (ДМС) ; контактный телефон ; данные о состоянии здоровья , диагнозе , случаях обращения и оказания медицинской помощи ; условиях , сроках , объеме , профиле и результатах оказания медицинской помощи , стоимости лечения .

Обработка персональных данных должна осуществляться в медико-профилактических целях , в целях установления медицинского диагноза , оказания медицинских и медико-социальных услуг , а также в целях взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи , при условии , что их прием и обработка будут осуществляться лицом , обязанным сохранять профессиональную тайну .

Предоставляю Оператору право осуществлять все действие (операции) с моими (ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать 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, договорам на оказание платных медицинских услуг).

Оператор имеет право в исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моих (ребенка) персональных данных со страховой медицинской организацией, с которой заключен договор, территориальным фондом ОМС, с организацией или соответствующим территориальным органом федерального органа исполнительной власти, в соответствии с действующим законодательством, 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 (ребенка) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной

дата “ _____ ” _____ 201 _____ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки моих (и ребенка) персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих (ребенка) персональных данных, с получением которого Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

Контактный телефон _____

Дата « ___ » _____ 20 _____ г.

Подпись гражданина _____ / _____ /

Подпись оператора _____ / _____ /

Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: _____ / _____