

**Согласие №. _____ на
обработку персональных данных**

Фамилия:	_____
Имя:	_____
Отчество:	_____
Пол:	<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
Дата рождения	_____
Место рождения	_____

Паспорт	_____
Номер:	_____
Дата выдачи:	_____
Подразделение выдавшее документ	(<i>наименование</i>) _____
	(<i>код</i>) _____

Полис обязательного медицинского страхования	_____
Номер:	_____
Организация ОМС:	_____

Полис добровольного медицинского страхования	_____
Номер:	_____
Организация ДМС:	_____

Я, нижеподписавшийся, чьи сведения указаны выше, в соответствии с требованиями федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю согласие Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер" (далее – Оператор), находящегося по адресу обл Тамбовская, г Тамбов, ул Карла Маркса, Дом 180 на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные (номер, серия, кем и когда выдан), место работы (учебы) и должность, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в следующих целях: медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения электронной медицинской карты пациента; реализации электронной записи к врачу; ведения персонифицированного учета оказанной медицинских услуг; для реализации телемедицинских консультаций, электронного документооборота; осуществления взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования; хранения результатов лабораторнодиагностических исследований для последующего использования в установлении медицинского диагноза.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций) в отношении третьих лиц с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи субъекту персональных данных я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения. Я согласен с тем, что доступ к моим персональным данным будут иметь сотрудники Оператора, осуществляющие техническое обслуживание информационной системы.

**Страховой номер индивидуального лицевого счета
СНИЛС:** _____

Место работы / Учебы

Организация: _____

Должность: _____

Адрес места жительства в РФ

Почтовый индекс: _____

Регион: _____

(республика, край,
область, округ)

Населенный пункт: _____

(город, село, поселок)

Улица / проспект /

переулок: _____

Дом: _____

Квартира: _____

Контактные сведения

Телефон: _____

Моб. телефон: _____

Эл. почта: _____

Я согласен с тем, что в соответствии со статьей 6 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ обработка указанных в настоящем согласии моих персональных данных может быть поручена Оператору РФЕГИСЗ Тамбовской области, находящемуся по адресу _____

в целях осуществления эксплуатации, информационном взаимодействии с иными организациями посредством передачи персональных данных с использованием каналов защищенной передачи данных исключительно в медико-профилактических целях охраны здоровья граждан, поддержания в работоспособном состоянии медицинской информационной системы в которой в том числе будет осуществляться обработка моих персональных данных, в т.ч. посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Я согласен с тем, что в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг, указанные в настоящем согласии мои персональные данные могут быть переданы в другие лечебно-профилактические учреждения для обработки лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я согласен с тем, что в целях осуществления обязательного медицинского страхования мои персональные данные могут быть переданы в страховую медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной 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.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____