

Consentement non. _____ au traitement des données personnelles

Nom de famille:	_____
Nom:	_____
Deuxième nom:	_____
Sol:	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> femelle
Date de naissance	_____
Lieu de naissance	_____

Passport	
Nombre:	_____
Date d'émission:	_____
Subdivision	(Nom)
Publié document	(code)

Assurance maladie obligatoire	
Nombre:	_____
Organisation de l'assurance maladie obligatoire:	_____

Police d'assurance maladie volontaire	
Nombre:	_____
Organisation de l'assurance maladie volontaire:	_____

Je, soussigné, dont les informations sont indiquées ci-dessus, conformément aux exigences de la loi fédérale du 27.07.2006, "Sur les données personnelles" n ° 152-FZ, je donne mon consentement Institution budgétaire de l'État des soins de santé "Tambov Regional Dermatovenerologic Dispensaire clinique" (ci-après dénommé l'Opérateur), situé à l'adresse Tambovskaya Oblast, Tambov, Karl Marx Street, Building 180 pour le traitement de mes données personnelles, y compris : nom, prénom, patronyme, sexe, date de naissance, adresse de résidence, téléphone (s), détails de la police d'assurance médicale obligatoire (VHI), numéro d'assurance d'un compte personnel individuel auprès de la Caisse de retraite de Russie (SNILS), données du passeport (numéro, série, par qui et quand délivré), lieu de travail (études) et poste, informations sur mon état de santé, maladies, cas de recherche d'une aide médicale aux fins suivantes : à des fins de prophylaxie médicale, afin d'établir un diagnostic médical et de fournir des soins médicaux et médico -les services sociaux, tenir un dossier médical électronique d'un patient ; mise en place d'un rendez-vous électronique avec un médecin ; tenir des dossiers personnalisés des services médicaux rendus; pour la mise en place des consultations de télémédecine, la gestion électronique des documents ; faire des règlements mutuels pour les soins médicaux fournis dans le système d'assurance maladie obligatoire ; stockage des résultats d'études diagnostiques en laboratoire pour une utilisation ultérieure dans l'établissement d'un diagnostic médical.

Je donne à l'Opérateur le droit d'effectuer toute action (opération) ou un ensemble d'actions (opérations) en relation avec des tiers en utilisant des outils d'automatisation et/ou sans utiliser de tels outils avec mes données personnelles, y compris la collecte, l'enregistrement, la systématisation, l'accumulation , stockage, clarification (mise à jour, modification), extraction, utilisation, transfert (diffusion, mise à disposition, accès), dépersonnalisation, blocage, suppression, destruction. L'opérateur a le droit de traiter mes données personnelles en les saisissant dans des bases de données électroniques, en les inscrivant dans des listes (registres) et des formulaires de signalement.

Dans le cadre de la fourniture d'une assistance médicale au sujet des données personnelles par l'Opérateur, j'accorde aux professionnels de la santé le droit de transférer des données personnelles contenant des informations constituant des secrets médicaux à d'autres fonctionnaires de l'Opérateur, dans l'intérêt de l'examen et du traitement. J'accepte que les employés de l'Opérateur qui maintiennent le système d'information aient accès à mes données personnelles.

Numéro d'assurance d'un compte personnel individuel
SNILS: _____

Lieu de travail / étude

Organisation: _____

Position: _____

Adresse de résidence en Fédération de Russie

Code postal: _____

Région: _____

(république, région,
région, arrondissement)

Localité: _____

(ville, village,
agglomération)

Rue / Avenue /

voie: _____

Loger: _____

Appartement: _____

Détails du contact

Téléphone: _____

Foule. téléphone: _____

E-mail courrier: _____

J'accepte que conformément à l'article 6 de la loi fédérale du 27 juillet 2006 "Sur les données personnelles" n° 152-FZ, le traitement de mes données personnelles spécifiées dans ce consentement puisse être confié à l'Opérateur RFEGISZ de la Région de Tambov, situé à _____

aux fins de la mise en œuvre de l'opération, l'interaction d'informations avec d'autres organisations par le transfert de données personnelles en utilisant des canaux de transmission de données sécurisés exclusivement à des fins médicales et préventives de protection de la santé des citoyens, le maintien d'un système d'information médicale en état de fonctionnement dans qui, entre autres, mes données personnelles seront traitées, incl. h. en les saisissant dans des bases de données électroniques, en les inscrivant dans des listes (registres) et des formulaires de déclaration.

J'accepte qu'à des fins médicales et préventives, afin d'établir un diagnostic médical et de fournir des services médicaux et médico-sociaux, mes données personnelles spécifiées dans ce consentement puissent être transférées à d'autres institutions médicales et préventives pour traitement par une personne professionnellement engagée dans le domaine médical. activités et tenu, conformément à la législation de la Fédération de Russie, de maintenir le secret médical.

J'accepte qu'afin de souscrire à l'assurance maladie obligatoire, mes données personnelles puissent être transférées à un organisme médical d'assurance et à une caisse territoriale du CHI par voie informatique ou par voie de communication, sous réserve de mesures visant à assurer leur protection contre les accès non autorisés.

La durée de conservation de mes données personnelles correspond à la durée de conservation des documents médicaux primaires et est de vingt-cinq ans.

Ce consentement est valable indéfiniment.

Je me réserve le droit de révoquer mon consentement en établissant un document écrit approprié, qui pourra être envoyé par mes soins à l'adresse de l'Opérateur par courrier recommandé avec accusé de réception ou remis en main propre contre récépissé au représentant de l'Opérateur.

En cas de réception de ma demande écrite de révocation de ce consentement au traitement des données personnelles, l'Opérateur est tenu de cesser de les traiter dans le délai nécessaire pour conclure les règlements mutuels pour le paiement des soins médicaux qui m'ont été fournis avant.

Signature de la personne concernée _____

Date _____