

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. лица либо представителя полностью)

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 « О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью « Центр восстановительного лечения «РаКурс Ангарск» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 665830, Россия, Иркутская область, г. Ангарск, 73 квартал, дом 9, помещение 54, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно:

-фамилия, имя, отчество _____

-пол _____ -дата рождения _____, -адрес места жительства _____

телефон _____

-место работы _____

- Данные паспорта (иного документа удостоверяющего личность) _____

- данные полиса ОМС (или ДМС) _____

- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

-сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении , данных рекомендациях.

Я понимаю, что обработка персональных данных – либо действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными , включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, Изменение) извлечение, использование, передачу (распространение, представление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я предоставляю оператору право при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами (в том числе законами), определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер , обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. по истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных, в установленном порядке, автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных факторов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления Оператор обязан прекратить их обработку.

Сведения о моем пребывании в ООО ЦВЛ «РаКурсАнгарск» и моем здоровье сообщать (никому, кому-то конкретно) _____

(подпись, Ф.И.О.)

Дата

Я предоставляю оператору право при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставления которых регламентировано договорами или иными документами (в том числе законами), определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, органами управления здравоохранения , иными организациями , при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер , обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными:

3. Обработка моих персональных данных в защищенных, в установленном порядке, автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
4. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных факторов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления Оператор обязан прекратить их обработку.

Сведения о моем пребывании в ООО ЦВЛ «РаКурс Ангарск» и моем здоровье сообщать (никому, кому-то конкретно) _____

(подпись, Ф,И,О.)

Дата

Директору ООО «ЦВЛ «РаКурс Ангарск»
Т.В. Гуршпон
От _____
(ФИО)

**СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных**

Я, _____
(Ф.И.О. лица либо представителя полностью)

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 « О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью « Центр восстановительного лечения «РаКурс Ангарск» (далее – Оператор), расположенному по адресу:665830, Россия, Иркутская область, г. Ангарск, 73 квартал, дом 9, помещение 54, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно:

- фамилия , имя, отчество _____
- пол _____ -дата рождения _____, -адрес места жительства _____
- телефон _____
- место работы _____
- Данные паспорта (иного документа удостоверяющего личность) _____
- данные полиса ОМС (или ДМС) _____
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении , данных рекомендациях.

Я понимаю, что обработка персональных данных – либо действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными , включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, Изменение) извлечение, использование, передачу (распространение, представление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.