

**Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество — полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество — полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных», подписанием настоящего документа даю свое согласие КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр, г. Бийск» 659306, Алтайский край, г. Бийск, ул. Советская 33 (далее Центр) на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, место жительства, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Центром мне медицинской помощи, предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные (в том числе по электронным каналам связи и посредством проведения телеконсультаций и телеконференций) содержащие сведения, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Центра и медицинским сотрудникам других лечебных учреждений в интересах обследования и лечения при решении задач, возникающих в ходе лечебно-диагностического процесса, по тактике диагностики, лечения, госпитализации или иным вопросам, связанным с охраной моего здоровья.

Настоящим предоставляю Центру право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. При этом Центр 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), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления основной уставной деятельности Центра по оказанию медицинских услуг, в том числе по ОМС, при оказании медицинских услуг на платной основе и др. Центру также предоставлено право во исполнение своих обязательств в рамках уставной деятельности, в том числе и по работе в системе ОМС, в рамках платных услуг, на обмен (прием и передачу) персональных данных с вышестоящими организациями, со страховыми медицинскими организациями (и/или территориальным фондом ОМС) или с иными юридическими лицами, с использованием машинных носителей или по электронным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную и (или) профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством РФ, может осуществляться только с моего письменного согласия. Данное мною согласие на обработку персональных данных действует бессрочно, за исключением случаев предусмотренных законодательством. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать указанное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть вручен мною лично под расписку соответствующему должностному лицу Центра. В случае получения от меня письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Центр обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения всех необходимых действий связанных с оказанием мне медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента или законного представителя)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Работник Центра \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)