

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____

_____,

(Ф. И. О. полностью)

паспорт серии _____, номер _____,

выдан _____

проживающий(ая) по адресу (как в паспорте):

телефон: домашний _____/сотовый _____

e-mail: _____

почтовый адрес _____

в соответствии с требованиями пункта 3 части 1 статьи 3, статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Областной врачебно-физкультурный диспансер», расположенного по адресу: г. Пенза, ул. Володарского, д. 34, корпус 5, телефон +7(8412)469-981, эл. почта- mail@csportmed.ru, ИНН5836680615, КПП 583601001 (далее - ГБУЗ «ОВФД», Оператор) ~~моих или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь*~~ персональных данных (Ф. И. О. полностью)

включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, место учебы, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором ~~мне или моему ребенку, или ребенку, законным представителем которого я являюсь*~~ медицинской помощи предоставляю право ГБУЗ «ОВФД передавать мои ~~/моего ребенка*~~ персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах меня ~~или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь*~~ обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с ~~моими или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь*~~ персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать ~~мои или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь*~~ данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Оператором ~~мне или моему ребенку, или ребенку, законным представителем которого я являюсь*~~ медицинской помощи предоставляю право ГБУЗ «ОВФД» на обмен (прием и передачу) ~~моих или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь*~~ персональных данных со спортивными, медицинскими организациями и иными организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет).

Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя главного врача ГБУЗ «ОВФД», либо вручения нарочно под расписку представителю Оператора.

В случае получения 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 (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

«_____» _____ 20____ г. _____

Ф.И.О.

*-нужное подчеркнуть