

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____,

(фамилия, имя, отчество пациента)

являюсь законным представителем _____,

в соответствии с требованиями федеральных законов: от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации», от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»; Постановления Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2007 года №781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Аксон+» (660127, г. Красноярск, ул. Мате Залки, д.33, пом.148) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, серия и номер паспорта, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 лет для амбулаторной службы и 25 лет – для стационаров.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ года и 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.

Контактный(е) телефон(ы): _____

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных, либо законного представителя: _____ (_____)