

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О)

Паспорт, серия № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ (кем, когда)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Гиппократ - Новошахтинск» (далее – Оператор) персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места проживания, контактный телефон, реквизиты паспорта, полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Представляю оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (регистры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) его персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомление о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

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 до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_