

## Согласие пациента на обработку его персональных данных

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения : \_\_\_\_\_ г.  
(ФИО)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Основной документ, удостоверяющий личность: вид документа \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие следующему юридическому лицу: Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения "Кандалакшская центральная районная больница" (далее по тексту – ГОБУЗ "Кандалакшская ЦРБ"), в отношении моих персональных данных:

1) на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес места пребывания, контактный телефон, контактный адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты документа удостоверяющего личность, реквизиты документа, подтверждающие право пребывания на территории РФ, реквизиты договора на оказание платных медицинских услуг, сведения о факте и размере оплаты медицинских услуг, сведения о периоде медицинского обслуживания, реквизиты листка нетрудоспособности, наименования должности, наименования текущего места трудоустройства, фото-, видео- и аудиоинформация в период обращения в медицинскую организацию, данные о семейном положении, данные о родственных связях, данные о состоянии моего здоровья, здоровья моего представляемого, заболеваниях, данные о факте обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и прочие сведения, отраженные в предусмотренных действующим законодательством формах первичной медицинской документации, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, а также лицом, в чьи трудовые функции включена организация оказания медицинской помощи и в чьи обязанности входит сохранение врачебную тайну. Право Оператора на обработку персональных данных обусловлено Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Обработка персональных данных проводится в целях:

- организации и осуществления комплекса мероприятий, направленных на диагностирование состояния моего здоровья, поддержание и (или) восстановление моего здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе профилактики, диагностики и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию;

- обеспечения моей личной безопасности, а также для обеспечения сохранности материальных и иных ценностей, находящихся в ведении ГОБУЗ "Кандалакшская ЦРБ";

- организации и осуществления внутреннего контроля качества оказываемой мне медицинской помощи.

2) на передачу моих вышеуказанных персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации третьим лицам, с которыми ГОБУЗ "Кандалакшская ЦРБ" осуществляет взаимодействие на основании соответствующих договоров в необходимом составе в целях:

- осуществления страховыми компаниями, с которыми меня связывают соответствующие договорные отношения, контроля качества оказываемой мне медицинской помощи и проведения соответствующих экспертиз;

- осуществления взаиморасчетов по оказанным мне медицинским услугам;

- проведение всех видов медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- при привлечении к исполнению договора третьего лица, имеющего надлежаще оформленную лицензию, соответствующее материальное оснащение и соответствующим образом подготовленных сотрудников.

3) на получение от третьих лиц (включая членов моей семьи; моих родственников; сторонних медицинских организаций; страховых компаний; компаний работодателей, с которыми меня связывают соответствующие договорные отношения) и дальнейшую обработку (запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих вышеперечисленных персональных данных в целях:

- организации и осуществления комплекса мероприятий, направленных на диагностирование состояния моего здоровья, поддержание и (или) восстановление моего здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе профилактики, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Настоящее Согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием мне или лицу, которого я представляю, медицинских услуг и в течение установленного действующим законодательством срока хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных действующим законодательством. Я уведомлен, о том, что ГОБУЗ "Кандалакшская ЦРБ", при осуществлении своей уставной деятельности формируют единую базу персональных данных, в связи с чем ими создана единая система защиты персональных данных, поступающих в распоряжение участников и совместно обеспечивается сохранность информации, представляющей собой конфиденциальную

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку моих персональных данных в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», при этом я уведомлен (а), что в случае получения отзыва оператор вправе будет продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента)