

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, **ФИО пациента**, проживающий (-ая) по адресу: **Адрес регистрации пациента**, паспорт: серия **Серия паспорта пациента** номер **Номер паспорта пациента** выдан **Кем выдан паспорт пациента** **Дата выдачи паспорта пациента** г., код подразделения **Код подразделения**, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие Индивидуальному предпринимателю Макогон Ирине Сергеевне (далее – «Оператор»), осуществляющей деятельность по адресу г. Екатеринбург, ул.Шейнкмана, д.45, и представителям Оператора, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и/или ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о месте работы или учебы, данные о состоянии здоровья моего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю Оператору право:

- осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, иные действия, предусмотренные действующим законодательством, совершаемые как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;
- для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» осуществлять выгрузку моих персональных данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947).

Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Подтверждаю свое согласие на получение сервисных уведомлений, связанных с медицинским обслуживанием.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных:

Текущая дата
(дата)

_____ / **Фамилия и инициалы пациента**
(расшифровка подписи)