

ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова
Консультативно-диагностический центр

Приложение
к Договору оказания платных медицинских услуг

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____
Адрес: _____
Телефон: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № ЭЗ3-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **КДЦ ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова** (105064, г. Москва, Малый Казенный пер., д. 5А) (далее – Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной _____ (Ф.И.О.),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными по договору оказания платных медицинских услуг 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 будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

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

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных _____
(или его законного представителя)

Дата: « ____ » _____ 202 г.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор _____
Подпись, Ф.И.О.