

Приложение № 2
к Договору оказания платных медицинских услуг
СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(Ф.И.О. полностью)

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", статьи 13 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" даю свое согласие **Открытому акционерному обществу «Санаторий им. В.П. Чкалова» (443031, Самарская область, г. Самара, тер. 9-я просека)** (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, персональных данных представляемого мной

(Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, СНИЛС, место работы, 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, а также на оформление электронных листов нетрудоспособности, по беременности и родам (для женщин) (далее — ЭЛН).

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, а также для оформления ЭЛН и осуществления оплаты работодателем и Фондом социального страхования (далее - ФСС).

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 ДМС, по полису ОМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ОМС, ТФОМС, 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.

Оператор имеет право на оформление электронных листов нетрудоспособности, по беременности и родам (для женщин) и передачу в электронном виде необходимых для этого сведений путем информационного взаимодействия с ФСС с использованием информационной системы «Соцстрах».

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.

Передача электронных листов нетрудоспособности, по беременности и родам (для женщин) производится работодателю, в органы службы занятости, в ФСС в соответствии с требованиями законодательства РФ.

Настоящее согласие действует до момента его отзыва, который может быть осуществлен 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)

Сведения в электронную базу данных внесены:

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

Регистратор _____
Подпись, Ф.И.О.