

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», расположенным по адресу: г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, а так же даю Оператору право на запрос, передачу и получение в письменном и электронном виде в рамках обмена медицинскими документами с медицинскими организациями сведений о состоянии моего здоровья, планируемом и проводимом медицинском вмешательстве, тактике лечения и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи в любых медицинских организациях на территории Российской Федерации при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи предоставляю медицинским работникам право передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а так же их передачу в адрес медицинских организаций в рамках обмена медицинскими документами. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление таких данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, любыми контролирующими органами и учреждениями 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления. В случае получения моего 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 мне медицинской помощи. Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пп. 2-11 ч.1 ст.6; ч.2.ст.10; ч.2.ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ.

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)