

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
проживающий по адресу прописки _____

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата _____

подтверждаю свое согласие на обработку МПЦ СПбГАСУ (далее Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, 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 (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчеты, формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (с договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

и Территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласовано мной «_____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я составляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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 до этого медицинской помощи.

_____ подпись субъекта персональных данных

Согласие
на предоставление номера сотового оператора мобильного телефона

Я, нижеподписавшийся _____
проживающий по адресу проживания _____

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата _____

подтверждаю свое согласие на предоставление абонентского телефонного номера моего сотового телефона для оповещения меня о результатах обследования при необходимости.

Номер мобильного телефона _____

_____ подпись субъекта персональных данных «_____» _____ 20__ г.

Основание: Федеральный закон РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»