

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
УТВЕРЖДЕНО
приказом
ГАОУЗ «Стоматологическая
поликлиника № 7»
от 01.09.2023 № 420

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (законный представитель):

ФИО _____

В

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГАОУЗ "Стомат. поликлиника №7" расположенной по адресу: 400064, г. Волгоград, ул. им. маршала Еременко, 72 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, место работы, должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страхового номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимся данной 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 с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и платным услугам.

Оператор имеют право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) и платным услугам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, 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 данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих профессиональных данных иным лицами или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно и дано мною: _____ (дата).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною, 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 взаиморасчета по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись пациента (законного представителя) _____