

ООО «МЕДБИЗНЕСЭКСПЕРТ»

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____, 19__ года рождения

проживающий (ая) по адресу: _____
Паспорт гражданина РФ, серия: _____, № _____, выдан:

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «МЕДБИЗНЕСЭКСПЕРТ» (далее Оператор) моих персональных данных или персональных данных

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения субъекта в случае его недееспособности или смерти) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, а так же случаях обращения за медицинской стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, реабилитационно-восстановительного лечения, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется Оператором или лицом, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.

В процессе организации Оператором оказания медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении (далее - ЛПУ) я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы или без таковой.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, накопление, хранение, обновление, изменение, систематизацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также передачу моих персональных данных третьим лицам в моих интересах в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми медицинскими организациями, другими ЛПУ и организациями (ФСС РФ, ПФР), привлеченными третьими лицами, с использованием машинных носителей или по различным каналам связи, как с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, так и без таковых, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом (оператором), чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности включают право на работу с персональными данными,.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные для получения государственной и оперативной статистической отчетности, отчетных форм, предусмотренными документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, вышестоящими организациями, оказывающими руководящую, регламентирующую и методическую помощь Оператору.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, в связи с целями не указанными в настоящем согласии, может осуществляться только с моего письменного согласия. Исключения составляют основания, указанные в законодательстве, при наличии которых получение предварительного согласия не требуется.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных 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 по истечении времени, соответствующего сроку хранения первичных медицинских документов согласно приказу МЗ РФ от 4 октября 1980 г. "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения".

Я проинформирован и согласен, что:

- согласно ст. 78, Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Клиника (ЛПУ) имеет право: создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

- согласно п. 2 ст. 10, Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", обработка специальных категорий персональных данных, указанных в части 1 статьи 10, допускается при отсутствии согласия пациента в случаях, если: обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

_____ (ФИО полностью)

_____ (подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)