

Согласие на обработку персональных данных

Я (ФИО) _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152 ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» филиал «Перинатальный центр» моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и др. в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания мне в ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) в Российской Федерации.

ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с учетом того, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен мною лично под расписку представителю ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ». В случае получения моего письменного заявления ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /