Приложение №4

к приказу БУЗ Орловской области «ОПТД» от 02.11.2018г. №66 «Об утверждении форм документов, необходимых в целях выполнения требований законодательства в области персональных данных».

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ) НА ОБРАБОТКУ СВОИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,_____

(фамилия, имя, отчество лица, дата рождения, выражающего согласие на обработку персональных данных)

Проживающий(ая) по адресу:

_____

паспорт _____, выдан _____

серия и номер дата и название выдавшего органа

в порядке и на условиях, определенных Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных", в соответствии со статьей 12 Закона РФ от 28.06.1991 № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" и Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.19993 г. своей волей и в своем интересе выражаю *Бюджетному учреждению здравоохранения Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер», находящемуся по адресу: 302027, г. Орел, ул. Цветаева 15* (далее - оператор), согласие на обработку следующих моих данных: *фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, пола, гражданства, места жительства, и в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту пребывания, места работы или учебы, в т.ч. членов семьи и родственников, специальности, социального положения, реквизитов документа, удостоверяющего личность, реквизитов полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), образовании, составе семьи, сведений о социальных льготах, предоставляемых в соответствии с законодательством РФ, наличии судимости, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказании медицинских услуг при условии , что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.*

В соответствии со статьей 9 и частью 3 статьи 18 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных" обработка моих персональных данных Оператором осуществляется исключительно в целях защиты моих прав на получение качественной бесплатной медицинской помощи, осуществление контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий, ведения учета оказанной медицинской помощи, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Я предоставляю оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право во исполнении своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данных в системе ОМС, в Федеральный Регистр больных туберкулезом (при установлении диагноза туберкулеза), в БУЗ ОО «Орловская станция переливания крови» (при установлении диагноза туберкулеза), 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.

Оператор вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). 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.

Мне гарантируется конфиденциальность моих персональных данных при их обработке и хранении не дольше срока предусмотренного нормативными актами.

Настоящее соглашение действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое соглашение 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 уполномоченному представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан уничтожить мои персональные данные, в течение периода времени, необходимого для достижения целей обработки моих персональных данных.

Я ознакомлен с правилами субъекта персональных данных, предусмотренных главой 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных". Все вышеизложенное мною прочитано, мне понятно и подтверждается собственноручной подписью (подпись субъекта персональных данных).

" ____ " _____ 20____г. _____/_____

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)