

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ « _____ » _____ год рождения

(Фамилия, имя, отчество)

Паспорт _____ серия _____ номер _____, кем _____ и _____ когда выдан _____

Код подразделения _____, проживающий(-ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 - ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на обработку Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации «Медико-генетический центр» (690002, Россия, Приморский край, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2) моих персональных данных, персональных данных моего ребенка / опекаемого лица (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии и видеоматериалы, СМИ) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинской помощи (медицинских услуг по договору), в том числе с использованием телемедицинских технологий в соответствии с Приказом Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора в процессе оказания Оператором мне/ моему ребенку (опекаемому лицу) медицинской помощи (медицинских услуг по договору).

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные моего ребенка либо опекаемого лица, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров, а также организациям, выступающими благотворителями Оператора по реализуемым последним некоммерческим проектам), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО передать сведения о диагнозе, включенном в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или инвалидности (утв. постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. N 403), необходимые для ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (Федеральный регистр), в медицинскую организацию, куда я (мой ребенок, опекаемое лицо) прикрепился на медицинское обслуживание, адрес и название медицинской организации написаны мною собственноручно, в уполномоченный орган исполнительной власти субъекта РФ, где я (мой ребенок, опекаемое лицо) прикреплен для постоянной/временной регистрации (в случае если адрес и название медицинской организации куда я (мой ребенок, опекаемое лицо) прикрепился на медицинское обслуживание мне не известны).

ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я СОГЛАСЕН (вычеркнуть ненужное): - на использование результатов генетического исследования моих (моего ребенка либо опекаемого лица) для медико-генетического консультирования или генетического обследования других членов моей семьи; - на использование результатов генетического исследования моих (моего ребенка либо опекаемого лица) в образовательных целях (при условии, что это не приведет к раскрытию личной информации обо мне или моем ребенке либо опекаемом лице; - на передачу биологического материала и/или результатов обследования в учреждения, оказывающие медицинскую помощь, для проведения исследований, конфиденциальность персональных данных сохраняется.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результатах обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: _____ **Телефон** _____

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись _____ /Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.

Фамилия, имя, отчество

Сведения в электронную базу внесены:

Оператор: _____ / _____ / _____

(должность)

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)