Согласие пациента/законного представителя несовершеннолетнего пациента на обработку персональных данных в информационной системе

(нужное подчеркнуть)

персональных данных ООО НУЗ СК «Неболит»

г. Курган, ул. Советская, 119

Я, _____, _____,

степень родства

дата рождения _____ проживающий(ая) по адресу _____,

контактный телефон _____ адрес эл. почты_____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие ООО «ЛДК «Центр ДНК», ООО НУЗ Клиника «Центр ДНК», ООО СК «Неболит», ООО ОК «Орбита», ООО «Центр ДНК» (далее «Оператор» на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных

_____ _____ ФИО пол _____ фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего пациента **дата рождения _____проживающего(ую) по адресу _____** место регистрации

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, место работы, гражданство, e-mail, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе 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 ОМС (договорам ДМС). Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники). Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я не возражаю против получения полезной информации (путём SMS – сообщений, почтовых писем, электронных писем) от данной поликлиники на указанные мной контактные данные.

Мои пожелания для улучшения работы ЛДК «Центр ДНК»

_____

_____

Настоящим подтверждаю действительность графического воспроизведения собственноручной подписи, выполненной с помощью тех.устройств.

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

_____ (подпись)