

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных для лиц не достигших 15 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____ дата выдачи _____
Проживающий по адресу: _____
По месту регистрации _____
Телефон _____

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных) _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" я подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» (191028, г. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д.18) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) (Ф.И.О.), _____

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, (учебы, занятий спортом), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

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. 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 ДМС, договору оказания платных медицинских услуг, осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, 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. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие 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 представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через защищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения.

E-mail: _____ Телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных _____
(или его законного представителя)

Дата: « ____ » _____ 20__