

Согласие на обработку персональных данных

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" подтверждаю свое согласие на обработку в

МБУЗ «Детская городская поликлиника №17 г. Ростова-на-Дону»

далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических учреждениях, 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, и СМС-информирование.

В процессе оказания моему ребенку Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать моего ребенка персональные данные, содержащие сведения, оставляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (на обмен информацией и передачу) персональными данными моего ребенка со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием цифровых 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.

Срок хранения персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники. Передача персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20____ г. и действует до исполнения моему ребенку 15 лет. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие 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 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 моему ребенку до этого медицинской помощи.

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

_____ г.
_____ (дата оформления)