

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
несовершеннолетнего пациента, достигшего возраста 14 лет

Я (ФИО),	
документ УЛ (номер, серия, дата выдачи, кем выдан)	
адрес регистрации и фактический	
номер телефона и (или) адрес эл. почты	

на основании ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку:

- моих персональных данных: ФИО, дата рождения, пол, документ УЛ (номер, серия, дата выдачи, кем выдан), адрес регистрации и фактический, номер телефона, адрес электронной почты, СНИЛС, данные медицинского полиса (серия, номер, дата выдачи, наименование СК), номер учебного заведения (класс), перенесенные и сопутствующие заболевания; аллергологический анамнез, жалобы, данные объективного исследования, внешнего осмотра, диагноз, описание и результат лечения, назначения, перечень оказанных услуг, их количественное (УЕТ) и стоимостное (рубли) выражение;

оператором – ГБУЗ ДСП г. Новороссийска МЗ КК, 353905, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Свердлова 16 Б, лицензия на осуществление медицинской деятельности и выдана МЗ КК 23.01.2020 г. бессрочно № 23-01-14776, а также их передачу третьим лицам:

- страховым медицинским компаниям, с которыми заключены договоры обязательного или добровольного медицинского страхования, территориальному фонду обязательного медицинского страхования, другим медицинским учреждениям с целью консультативной, диагностической, лабораторной и лечебной помощи.

Перечень действий с моими персональными данными, на совершение которых даю согласие:

1. Получение, ввод, сбор, систематизация, накопление, анализ, в том числе у вышеуказанных третьих лиц;
2. Хранение, удаление (уничтожение);
3. Уточнение (обновление, изменение);
4. Использование с целью реализации Уставной деятельности (оказания медицинских услуг);
5. Передача персональных данных субъекта в установленном порядке третьим лицам по внутренней или внешней сети по защищенным каналам связи, а также на материальных носителях;
6. Блокирование.

Способы обработки персональных данных (моих и несовершеннолетнего пациента, представителем которого я являюсь), на совершение которых дается согласие:

1. Бумажный носитель;
2. Электронный вид.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1. Получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии персональных данных моих и представляемого мной несовершеннолетнего пациента, а также на ознакомление с такими персональными данными.
2. Требование от Оператора уточнения персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите прав своих и представляемого мной несовершеннолетнего пациента.
3. Принятие необходимых организационных и технических мер по защите персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий - обязанность Оператора.

Я подтверждаю, что являюсь законным владельцем и пользователем указанных номера мобильного телефона и(или) адреса электронной почты

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать данное согласие на обработку персональных данных при личном обращении либо путем направления письменного запроса Оператору.

Несовершеннолетний пациент, достигший возраста 14 лет

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

