



Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(шая) _____

проживающий(щая) по адресу _____

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего 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 в ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница", в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" 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 (договором ДМС). БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией ОАО СМК Югория мед и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница". В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ЛПУ БУ ХМАО - Югры "Новоаганская районная больница" обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____