СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие краевому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Консультативно-диагностический центр Алтайского края» (далее - Оператор), 656038, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Комсомольский, 75а, на получение и обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, место работы (службы), профессия (должность), воинское (специальное) звание, страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования, данные полиса обязательного медицинского страхования и/или полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в том числе сведения (документы), полученные из медицинских и иных организаций, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, видах оказанной медицинской помощи, условиях и сроках оказания медицинской помощи, объемах оказанной медицинской помощи, результатах обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности, сведения об оказанных медицинских услугах, примененных стандартах медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, биометрические персональные данные и иные сведения, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (медицинской помощи), обследования, назначения и осуществления лечения, в том числе в целях исполнения Оператором обязательств по договорам (контрактам, соглашениям) на оказание медицинских услуг (медицинской помощи), а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью либо лицом обязанным сохранять врачебную тайну и/или конфиденциальность персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Предоставляю право Оператору (медицинским работникам Оператора) передавать мои персональные данные (в том числе по каналам связи, посредством проведения телеконсультаций и телеконференций) содержащие сведения, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, другим медицинским организациям (сотрудникам медицинских организаций) в интересах моего обследования и лечения, решения задач возникающих в ходе лечебно-диагностического процесса, по тактике диагностики, лечения, госпитализации и т.д.; государственным органам и организациям для реализации мер социальной защиты, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Алтайского края, а также решения вопросов, связанных с охраной здоровья.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки моих персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также иные документы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и предоставление отчетных данных (документов), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинских услуг, в том числе по обязательному и/или добровольному медицинскому страхованию, по договорам (контрактам, соглашениям) на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) и др. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, находящиеся в истории моей болезни.

Оператор в соответствии с документами (нормативными правовыми актами, договорами (контрактами, соглашениями), иными документами, регламентирующими передачу моих персональных данных), в целях исполнения Оператором обязательств, предусмотренных данными документами, имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, в том числе содержащими сведения, составляющие врачебную тайну, с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Министерством здравоохранения Алтайского края, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, страховыми организациями, медицинскими организациями, Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, заказчиками, приобретающими медицинские услуги в мою пользу по договорам (контрактам, соглашениям) на оказание медицинских услуг (медицинской помощи), а также на предоставление, передачу моих персональных данных Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, её структурным подразделениям, иным организациям, с использованием машинных носителей, 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 тайну или конфиденциальность персональных данных (конфиденциальность информации).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Мои персональные данные, в том числе содержащиеся в первичных медицинских документах (медицинской карте) подлежат хранению в течении сроков, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

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 обработку моих персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в течение 30 календарных дней с момента получения отзыва или в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я утверждаю, что я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно.