

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(ая) ,

проживающий(ая) по адресу: г. ул. д. корп. кв. ,
паспорт: , выдан , в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (далее Закон), действуя свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактную информацию, 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 и др., 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 ФГБУ «ГНЦДК» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим сотрудникам ФГБУ «ГНЦДК» в интересах моего обследования и лечения, а также в научно-образовательных целях при условии сохранения конфиденциальности данных.

Предоставляю ФГБУ «ГНЦДК» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также 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) в Российской Федерации.

ФГБУ «ГНЦДК» имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами ОМС, «Медицинским информационно-аналитическим центром», Министерством здравоохранения РФ с учетом того, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес ФГБУ «ГНЦДК» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ФГБУ «ГНЦДК». В случае получения моего письменного заявления ФГБУ «ГНЦДК» обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

«__» _____ 20__ г. _____ /подпись/.