

Согласие на обработку персональных данных.

Я, _____, зарегистрированный по адресу:
_____. ПАСПОРТ РФ: серия _____ № _____, выдан:

_____, подтверждаю своё согласие на обработку ГОБУЗ "Мурманская городская поликлиника № 1" (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактн(ы) телефон(ы), 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.

- Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, 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).

- Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (приём и передачу) моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём, обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- Оператор и Мурманский территориальный фонд обязательного медицинского страхования (адрес: г. Мурманск, пр. Ленина, 89) вправе обрабатывать мои персональные данные, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, в соответствии с действующим законодательством.

- Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

- Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

- Передача моих персональных данных третьим лицам без моего согласия возможна в случаях прямо предусмотренных российским законодательством.

- Настоящее согласие дано мной _____, 201__ г. и действует до окончания срока хранения моих первичных медицинских документов либо моего отзыва названного согласия.

- Я оставляю за собой право отозвать своё 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 мне до этого медицинской помощи.

(подпись)

(расшифровка подписи)