

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных подопечного

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, проживающий (ая) по адресу: _____, паспорт _____ выдан _____ дата выдачи _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, даю ГАУЗ «Брянская городская стоматологическая поликлиника №4», ИНН 3235004344, 241029, Российская Федерация, Брянская область, городской округ город Брянск, город Брянск, улица Ермакова, строение 23А, (далее – Оператор) согласие на обработку персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного): _____, документ, удостоверяющий личность _____, серия и номер, _____ выдан _____, дата выдачи _____ г.

Включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о федеральных и региональных льготах, инвалидности – 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 Оператором медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку (подопечному) я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах его/ее обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение как на бумажном носителе, так и в электронном виде. Оператор вправе обрабатывать 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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) со страховой медицинской организацией 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 лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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 моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной и действует в течении 25 лет или до достижения целей обработки персональных данных.

Подпись законного представителя _____ . Дата _____ .