

Приложение 1
к приказу

от 17 . 04 . 2024 № 750 л/8р

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ в Клинике ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

выдан _____,
(кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____,

подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных Клинике Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенной по адресу 454052, Российская Федерация, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Черкасская, д. 2 (далее - Оператор), а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, передачу данных по внутренней сети Оператора, проведения обработки персональных данных неавтоматизированным способом, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, в том числе по ОМС (договором ДМС).

Предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные целях оказания мне медицинской помощи (в медико-профилактической помощи, установление медицинского диагноза, оказание медицинских и медико-социальных услуг) при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязано, в соответствии с законодательством Российской Федерации, сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течение, которого персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)