

# СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Ставрополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Субъект персональных данных,

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ВЫДАН

(вид, номер основного документа, удостоверяющего личность)

(дата и наименование органа выдавшего документ)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных** (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных),

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ВЫДАН

(вид, номер основного документа, удостоверяющего личность)

(дата и наименование органа выдавшего документ)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

**принимаю решение о предоставлении персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе -**

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская клиническая поликлиника № 2» города Ставрополя,

ОКПО 01441344, ОГРН 1022601988750, ИНН/КПП 2633005306/263401001, 355017 Россия, ул. Маршала Жукова, д.50

**Со следующей целью обработки персональных данных:** оказание медицинской помощи- комплекса мероприятий, направленных на поддержание и восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа удостоверяющего личность, место рождения, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, полис обязательного медицинского страхования, анамнез, диагноз, сведения об организации, осуществляющую медицинскую деятельность, вид оказания медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах, результат обращения за медицинской помощью, сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты, примененные клинические рекомендации, сведения о медицинском работнике или иных работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования. Для несовершеннолетних — сведения о законных представителях субъекта персональных данных: статус законного представителя, фамилия, имя, отчество законного представителя, дата рождения законного представителя, гражданство законного представителя, реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя, реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя, страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя, полис обязательного медицинского страхования (при наличии), место жительства законного представителя, место пребывания законного представителя.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых способов обработки персональных данных:** обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться — с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также с помощью смешанной обработкой по средствам действий (операций) или совокупности действий с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания оператором медицинской помощи я предоставляю право оператору передавать мои персональные данные/данные несовершеннолетнего пациента должностным лицам оператора, а также страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), в также контролирующим органам: ТФОМС СК, Министерству Здравоохранения Российской Федерации, Федеральному сегменту Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, Министерству Здравоохранения Ставропольского края, ФСС, ГБУЗ СК «МИАЦ».

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:** персональные данные подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством РФ.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст. 14 ФЗ №152 от 27.06.2006 г.).

**Подпись субъекта персональных данных:**

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

(Фамилия, Имя, Отчество полностью, подпись)