

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ О ЗАПИСИ НА
ПРИЕМ К СПЕЦИАЛИСТАМ**

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных, персональных данных моего ребенка, иных предоставленных мною персональных данных, ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ» (далее – «Оператор» и/или «Исполнитель»), включающих фамилию, имя, отчество, номера телефонов, адреса электронных почтовых ящиков, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), информацию о факте обращения за медицинской или психологической помощью, о записях на прием к специалистам, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иную информацию, полученную при моем обследовании и/или лечении (далее – «персональные данные») для обеспечения оказания услуг, в том числе реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка и мои данные при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющую врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания медицинской помощи мне и/или ребенку я предоставляю право Исполнителю и медицинским работникам Исполнителя передавать персональные данные ребенка и мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения меня и/или моего ребенка. Предоставляю право Исполнителю и его сотрудникам осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего и моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка и мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договором ДМС).

Исполнитель и его сотрудники имеют право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Даю согласие на использование электронной почты для обмена данными. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком. Настоящее согласие дано Исполнителю и его сотрудникам и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам). Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что обладаю гражданской дееспособностью, не лишен(а) ее ни полностью, ни частично. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и акцептованы.