

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую
организацию, на обработку его персональных данных

« _____ » _____ 20 г.

Я, _____
(Ф., и., о. полностью)

Паспорт _____ выдан _____
(серия и номер паспорта) (дата и наименование выдавшего органа по месту регистрации)

проживающий(ая) по адресу: _____
(по месту регистрации)

в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Челябинская областная станция переливания крови» (далее Оператор), осуществляющим деятельность по следующим адресам:

- г. Челябинск, ул. Воровского, 68;
- г. Магнитогорск, пр. К. Маркса, 160;
- г. Златоуст, пр. Гагарина, 8 линия, 4;
- г. Миасс, пр. Автозаводцев, 36;
- г. Сатка, ул. Куйбышева, 15,

а также по месту проведения выездных донорских акций, моих персональных данных, содержащих врачебную тайну и включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, телефонный номер, адрес электронной почты, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказании медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг; в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществление контроля качества оказанных мне медицинских услуг; проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирование медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечение соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Представляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий

(операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также производить фото, видео и аудиозапись.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Челябинской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде, в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- Управление Роспотребнадзора по Челябинской области;
- Органы управления здравоохранением Челябинской области;
- ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области»;
- ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер»;
- ГБУЗ «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»;
- Органы (учреждения), осуществляющие на законном основании обработку медико-статистической информации;
- Медицинские организации Челябинской области оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

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

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено 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 и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

Я согласен (согласна) получать информацию и приглашения на кровоплазма-дачу посредством телекоммуникационных средств связи, почты.

Контактный телефон(ы): _____

Настоящее согласие дано мной _____ и действует

(дата)

бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

Подпись субъекта персональных данных

(ф., и., о.)

(подпись)