

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(аяся)

(ФИО заказчика)

паспорт серия, номер выдан дата выдачи г., адрес регистрации, адрес фактического места жительства,

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – Представитель пациента) несовершеннолетнего
(далее – Пациент): _____,

(ФИО несовершеннолетнего)

СНИЛС пациента:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Настроение» (ИНН 2721123877, ОГРН 1052700144199), клиники располагаются по адресам: 680000, Россия, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тургенева, 34, 2 офис, моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих:

Цель обработки ПНД	Состав ПНД
Медико-профилактические цели - установление медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, контроль качества оказанной медицинской помощи, ведение медицинской документации (в том числе в электронном формате), а также обеспечения доступа граждан к ней по результатам оказанных медицинских услуг, в личном кабинете «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг, посредством медицинской информационной системы Оператора, интегрированной с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения Минздрава РФ (ЕГИСЗ).	<u>Общие категории:</u> фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), номер телефона, реквизиты документа, удостоверяющего личность, номер СНИЛС <u>Специальные категории:</u> информация о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной _____ ✓ и действует до его отзыва. Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись пациента/законного представителя: _____

подпись

✓

расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ВИДЕ СНИЛС

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

Даю свое согласие **ДА / НЕТ** /* (нужное подчеркнуть) на передачу своих персональных данных/ персональных данных несовершеннолетнего в виде СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России).

(Ф.И.О. пациента)

*В случае отказа мне разъяснены и понятны последствия невозможности передачи моей документации / документации несовершеннолетнего в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)/в реестр электронных медицинских документов (РЭМД).

Подпись пациента/законного представителя: _____
подпись

расшифровка подписи

СНИЛС пациента: ✓

Дата _____ г. ✓

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ

В соответствии с ч. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

прошу осуществить отправку информации о результатах оказания медицинских услуг (консультаций, исследований, лечения) в ООО «Настроение»

(Ф.И.О. пациента)

по электронной почте: ✓

(адрес электронной почты)

Подписывая данное согласие, я разрешаю передачу результатов оказания медицинских услуг по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается ООО «Настроение» и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов ООО «Настроение» ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Подпись пациента/законного представителя: _____
подпись

✓

расшифровка подписи

Дата _____ г. ✓