



ФОРМА

Согласие на обработку персональных данных пациента
(в том числе сведений, составляющий врачебную тайну) в целях ведения медицинского учёта,
и передачу персональных данных, в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения: _____, зарегистрированный (-ая) по адресу: < _____

Паспорт: _____ выдан: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и на основании п\п «е» пункта 3 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 9 февраля 2022 г. №140 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" даю свое согласие на обработку персональных данных, в том числе сведений, составляющий врачебную тайну, ООО «Мединвест» (далее Оператору).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю его работникам осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также право обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Я предоставляю Оператору и сотрудникам Оператора право на передачу моих персональных данных другим Операторам персональных данных и контролирующим государственным органам (ФНС, Социальный фонд России, Федеральный орган государственной статистики) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Я предоставляю Оператору и сотрудникам Оператора право на использование номера моего контактного телефона для отправки мне уведомлений посредством СМС и других информационных систем и мессенджеров, где он зарегистрирован (имеется аккаунт).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до истечения определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации сроков хранения персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО)

« _____ » _____ 20__ г.