**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных**

**в ООО «Альянс-2007»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О полностью законного представителя(опекуна))

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем(опекуном) несовершеннолетнего(недееспособного)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О полностью, год рождения несовершеннолетнего(недееспособного))

действующим от имени несовершеннолетнего(недееспособного) на основании:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя(опекуна))

В соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ даю свое согласие свободно, своей волей и в своем интересе на обработку ООО «Альянс-2007», г. Аксай, ул. Садовая, 20-е(далее Оператор) персональных данных несовершеннолетнего(недееспособного): фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации(проживания), сведения о профессии, стаж работы, контактный(е) номер(а) телефона, адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России(СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи несовершеннолетнему(недееспособному) я предоставляю право медицинским работникам предоставлять персональные данные несовершеннолетнего(недееспособного), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего(недееспособного).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего(недееспособного), совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, предоставление персональных данных несовершеннолетнего(недееспособного) третьим лицам, с целью исполнения обязательств, возложенных на Оператора законодательными, нормативными актами, либо установленных договорами и иными законными сделками, а также для соблюдения прав и интересов несовершеннолетнего(недееспособного), с моего настоящего согласия Оператор имеет право предоставлять персональные данные несовершеннолетнего(недееспособного), указанные ниже, следующим иным операторам:

1.  Страховой организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения,

Адрес регистрации(проживания),

Контактный(е) номер(а) телефона,

Данные документа, удостоверяющего личность,

Данные полиса ДМС,

Страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России(СНИЛС),

Копию амбулаторной карты,

Медицинскую информацию из амбулаторной карты несовершеннолетнего(недееспособного) о факте обращения за медицинской помощью (включая информацию в реестрах на оплату счетов за оказанные услуги), в целях проведения медицинской экспертизы качества и объема, предоставленных к оплате медицинских услуг, полученных у Оператора, согласно страховому полису, по программе ДМС или координации текущего процесса оказания медицинской помощи, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

1.  Лаборатории\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения,

Адрес регистрации(проживания),

Контактный(е) номер(а) телефона,

Данные о состоянии здоровья, заболеваниях, биологический материал для лабораторного исследования несовершеннолетнего(недееспособного),

Данные о случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные несовершеннолетнего(недееспособного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов): договора или иные документы, определяющие взаимодействие Оператора с медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами на прием и предоставление персональных данных несовершеннолетнего(недееспособного) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных несовершеннолетнего(недееспособного) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения Оператор обязан уничтожить все персональные данные несовершеннолетнего(недееспособного), включая все копии на машинописных носителях информации.

Предоставление персональных данных несовершеннолетнего(недееспособного) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора: 346720, РО, г. Аксай, ул. Садовая, 20-е 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 несовершеннолетнего(недееспособного), Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящим пациент(представитель пациента) уведомлен и согласен, что в целях обеспечения безопасности в помещениях медицинского учреждения и на прилегающей территории осуществляется видеонаблюдение. Полученные в результате такого видеонаблюдения изображения хранятся в течение 30(тридцати) дней, после чего уничтожаются без уведомления пациента. Медицинское учреждение вправе осуществлять обработку, хранение и иные действия в отношении полученных в результате видеонаблюдения материалов, а также предоставлять их по запросам правоохранительных и иных государственных органов в соответствии с их функциональными обязанностями. Предоставление иным лицам изображений пациента(представителя пациента) без его письменного на то согласия недопустима.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О. законного представителя(опекуна), контактный телефон)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласие получено | | «\_\_\_\_» |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_ | г. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. уполномоченного представителя медицинской организации) | | | | | |