

ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России	(П-04)-43-027	Версия 3
Правила внутреннего распорядка в клинике ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России для пациентов, их законных представителей, лиц, осуществляющих уход за пациентом, посетителей		

Формы согласия пациента и представителя пациента на обработку персональных данных

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
«Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови
Федерального медико-биологического агентства России»

Согласие представителя пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
Документ, удостоверяющий личность: _____ серия ____ номер _____,
Выдан _____,
проживающий по адресу _____,
как представитель _____

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ, «О персональных данных» даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению науки «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства» (ИНН 4346007656, ОГРН 1034316521051, Кировская область, г. Киров, ул. Красноармейская, 72) (далее Оператор) на обработку персональных данных пациента, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, расовую принадлежность, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) (добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья пациента, заболеваниях, профиле лечения, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях защиты прав пациента и решения иных вопросов, касающихся здоровья и последующего лечения пациента. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего подопечного, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Также для целей использования настоящего согласия разрешаю Оператору обрабатывать (сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) мои персональные данные (как представителя пациента), такие как фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес места жительства, телефон.

В процессе оказания Оператором пациенту медицинской помощи я предоставляю право его работникам передавать персональные данные пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну и указанные выше по тексту, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения пациента. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России	(П-04)-43-027	Версия 3
Правила внутреннего распорядка в клинике ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России для пациентов, их законных представителей, лиц, осуществляющих уход за пациентом, посетителей		

Оператор вправе обрабатывать персональные данные пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право, во исполнение своих обязанностей по работе в системе ОМС (по договору ДМС), а также для защиты прав пациента и решения иных вопросов, касающихся здоровья пациента и последующего лечения, на обмен (прием и передачу) персональными данными пациента с организациями, являющимися участниками системы ОМС (ДМС), а также иными организациями, осуществляющими контроль и надзор за организацией и качеством оказываемых медицинских услуг, в соответствии с частью 2 статьи 5 и пунктом 8 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с Министерством здравоохранения Кировской области, Правительством Кировской области (в лице Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области), Государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением Кировской области территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

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

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

Настоящее согласие распространяется на отношения, возникшие с момента первого обращения пациента к Оператору.

Настоящее согласие мной дано и действует бессрочно.

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных пациента Оператор обязан прекратить их обработку.

« ____ » _____ 20 ____ / _____

ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России	(П-04)-43-027	Версия 3
Правила внутреннего распорядка в клинике ФГБУН КНИИГиПК ФМБА России для пациентов, их законных представителей, лиц, осуществляющих уход за пациентом, посетителей		

**Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
«Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови
Федерального медико-биологического агентства России»**

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
Паспорт гражданина Российской Федерации серия _____ № _____, выдан _____,
проживающий по адресу: _____,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Федеральному государственному бюджетному учреждению науки «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального медико-биологического агентства» (ИНН 4346007656, ОГРН 1034316521051, Кировская область, г. Киров, ул. Красноармейская, 72) (далее Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, расовую принадлежность, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) (добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, профиле лечения, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях защиты моих прав и решения иных вопросов, касающихся моего здоровья и последующего лечения.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну и указанные выше по тексту, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право, во исполнение своих обязанностей по работе в системе ОМС (по договору ДМС), а также для защиты моих прав и решения иных вопросов, касающихся моего здоровья и последующего лечения, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с организациями, являющимися участниками системы ОМС (ДМС), а также иными организациями, осуществляющими контроль и надзор за организацией и качеством оказываемых медицинских услуг, в соответствии с частью 2 статьи 5 и пунктом 8 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с министерством здравоохранения Кировской области, Правительством Кировской области (в лице Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области), Государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением Кировской области территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

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

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

Настоящее согласие мной дано и действует бессрочно.

Настоящее согласие распространяется на отношения, возникшие с момента моего первого обращения к Оператору.

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

« ____ » _____ 20____ / _____