**Санаторно – курортный комплекс «Вулан» - научно – клинический филиал Федерального государственного бюджетного учреждения  
«Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее СКК «Вулан»)**

**Добровольное информированное согласие**

**на обработку персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся | |  | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество пациента) | | | | | | | | |
| Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Адрес регистрации: |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27. 07. 2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"  **Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку СКК «Вулан» (далее - Оператор), расположенного по адресу: г. Геленджик, с.Архипо-Осиповка, Приморский бульвар, 32, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну). | | | | | | | | |
| В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг | | | | | | | | |
| Я **ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. | | | | | | | | |
| Я **ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО** медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, при условии их деперсонализации (обезличивания) другим должностным лицам в интересах обследования, лечения, в научных целях, в том числе в электронном виде через незащищенные каналы связи (электронная почта). | | | | | | | | |
| Я **ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, 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. | | | | | | | | |
| **Я ДАЮ СОГЛАСИЕ** Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии моего здоровья (результаты дополнительных методов обследования, рекомендации и др. сведения, составляющие врачебную тайну/персональные данные) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения. | | | | | | | | |
| **Я ДАЮ СОГЛАСИЕ** на передачу данных в федеральный/территориальный фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство/Департамент здравоохранения субъекта РФ, ФНС РФ/субъектов РФ, ФСС РФ/субъектов РФ, Главное управление по контролю за оборотом наркотиков/управления субъектов РФ, МВД России, Главное управление по вопросам миграции/управления субъектов РФ, а также любым организациям системы здравоохранения. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **E-mail:** | | | | | | | | |
| **Телефон:** | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| *подпись пациента* | | | | |  | *ФИО* | | | |
| Дата (ДД.ММ.ГГ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **Сведения в электронную базу данных внесены:** | | | | | | | | | |
| **Оператор:** | | |  |  | | |  |  | |
| *должность* | | |  | *подпись* | | |  | *ФИО* | |
| **ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО** обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. | | | | | | | | | |
| Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия субъекта персональных данных, за исключением случаев, перечисленных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6 Закона №152-ФЗ. | | | | | | | | | |
| НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует в течение всего времени хранения моих первичных медицинских документов. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Истории болезни и составляет семьдесят пять лет. | | | | | | | | | |
| 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 отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты поступления указанного отзыва. | | | | | | | | | |
| Об уничтожении персональных данных оператор обязан уведомить субъекта персональных данных. | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| ***Подпись субъекта персональных данных*** | | | | |  | *ФИО* | | | |
| Дата (ДД.ММ.ГГ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **Сведения в электронную базу данных внесены:** | | | | | | | | | |
| **Оператор:** | | |  |  | | |  |  | |
| *должность* | | |  | *подпись* | | |  | *ФИО* | |