

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие на обработку ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" моих персональных данных, персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, иные сведения, полученные в ходе обследования и/или лечения и д.р. 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 ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные другим сотрудникам ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" в интересах обследования и лечения.

Предоставляю ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, а также обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" имеет право на обмен (прием и передачу) персональными данными с:

- страховыми медицинскими организациями;
- Федеральным фондом ОМС, территориальным фондом ОМС;
- медицинскими организациями государственной системы здравоохранения;
- экспертными организациями;
- Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА);
- Росздравнадзором, территориальными подразделениями;
- Роспотребнадзором, территориальными подразделениями;
- Министерством здравоохранения РФ, органами управления здравоохранения г. Москвы;
- учреждениями высшего образования, в том числе научными сотрудниками;
- университетов, участниками учебно-педагогического процесса, причастных к лечебному процессу.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ года и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ". В случае получения моего письменного заявления ГБУЗ "ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ" обязано прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Заявитель (представитель)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)