СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я , нижеподписавшийся_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «КВД №5» моих персональных данных, заключающих: фамилию, имя, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные , содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия(операции) с моими персональными данными, включая систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе ОМС на обмен (передачу) моими персональными данными по страховой организации (и территориальным фондом ОМС)с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную тайну.

Я даю согласие Оператору ГИС ЕИАСБУ (Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, Новгородская улица дом 20, литера А) на обработку своих персональных данных в ГИС ЕИАСБУ.

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

Настоящее согласие дано мной_____(Подпись и Дата)

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 вручено под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого времени медицинской помощи.