

Вакулова Т.М.

(ФИО, должность руководителя мед. организации)

ГАУЗ КО «КГДКБ № 7» Поликлиника № 1

(наименование медицинской организации)

г. Кемерово, ул. Тухачевского, 4

(адрес медицинской организации)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, **ФИО РОДИТЕЛЯ** ,
серия номер дата выдачи кем выдан

Заполняем паспортные данные родителя

являясь законным представителем несовершеннолетнего (статус представителя -) (далее - Ребенок):

ФИО РЕБЁНКА

адрес регистрации по месту жительства: **Кемеровская обл.. Кемерово, Терешковой, 37**

адрес места фактического проживания:

Документ, удостоверяющий личность ребенка: **Заполняем паспортные данные ребёнка**
(наименование документа) (серия) (номер) (дата выдачи)

(кем выдан документ)

в соответствии с требованиями ст. 6, 9 Федерального закона от 27.07.2006 "О персональных данных" N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница» (далее - Оператор) персональных данных Ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места фактического проживания, контактный телефон, реквизиты полисов обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, данные о перенесенных заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью, строго в медико-профилактических целях, а именно в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется строго лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную и служебную тайну.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) с персональными данными Ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные Ребенка посредством внесения их в локальную электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими деятельность Оператора по оказанию медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) персональными данными Ребенка со страховой медицинской организацией и ТФ ОМС по специальным каналам передачи данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут строго осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную и врачебную тайну.

Передача персональных данных Ребенка другим организациям регламентируется дополнительными соглашениями (договорами) Оператора и возможна только во исполнение требований Законодательства РФ.

Срок хранения персональных данных Ребенка в локальной базе данных, в банке данных или в хранилище данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Настоящее согласие дано мной бессрочно с правом отзыва (п.9 - 10).

Настоящее согласие вступает в действие с момента его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично представителю Оператора и зарегистрирован в соответствии с правилами делопроизводства.

Я осведомлен, что в случае отказа от дачи данного согласия, учреждение не будет иметь возможности предоставить услуги Ребенку, оплачиваемые за счет страховых организаций (ОМС и ДМС), поскольку оплат; услуг производится на основании реестров, содержащих персонифицированную информацию.

Почтовый адрес: **Кемеровская обл.. Кемерово, Терешковой, 37**

Номер контактного телефона:

Дата **27** **августа** 20 **20** г.

/ **Подпись родителя**
(подпись) (ИО фамилия)