Приложение № 1 к приказу № 15 от «23» мая 2013г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области  
«Областная станция переливания крови»

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, на  
обработку его персональных данных

« » 2015 г.

Я

Ф.И.О. полностью

Паспорт выдан

серия и номер паспорта дата и наименование выдавшего органа

проживаюший(ая) по адресу:

по месту регистрации

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. Л» 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Тюменской области «Областная станция переливания крови», расположенного по адресу: г.Тюмень. ул. Энергетиков, 35 (далее Оператор), моих персональных данных. Включающих: фамилию, имя. отчество, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказании медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну, в целях:

* установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медикопрофилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну;
* зашиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
* осуществление контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медикопрофилактических мероприятий;
* оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
* ведения учета оказанной медицинской помощи;
* формирование медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
* обеспечение соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Представляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы е электронном и бумажном исполнении. Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде, в следующие государственные органы, организации учреждения):

* Управление Роспотребнадзора по Тюменской области;
* ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии е Тюменской области;
* Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования;
* Пенсионный фонд Российской Федерации, включая его территориальные органы;
* Страховые медицинские организации, осуществляющие моё страхование;
* Организации (учреждения), осуществляющие на законном основании обработку медикостатистической информации;
* ГБУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер»;
* ГБУЗ ТО «Центр по профилактике и борьбы со СПИД и инфекционным заболеваниям»;
* Органы управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), муниципальных образований, расположенных на территории Тюменской области (без автономных округов).

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

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

Я согласен (согласна) получать информацию н приглашения на крово(плазмо) дачу посредством SMS- сообщений.

Контактный телефон(ы):

и почтовый адрес:

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно, в случае

(дата)

если согласие не отозвано в письменной форме.

Подпись субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

подпись