

ФГБУ «ФЦССХ» МИНЗДРАВА РОССИИ (Г. АСТРАХАНЬ)

Согласие на обработку персональных данных в подсистемах мониторинга ЕГИСЗ

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента - полностью, разборчиво)

паспорт _____ выдан _____ « _____ » _____ Г.,
серия, номер кем выдан дата выдачи

Адрес по месту регистрации/проживания: _____

* раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя - полностью, разборчиво)

паспорт (для законного представителя) _____ выдан _____
серия, номер кем выдан

« _____ » _____ Г.,
дата выдачи

Адрес по месту регистрации/проживания: _____

являюсь законным представителем пациента (родитель (мать/отец), опекун/попечитель, близкий родственник; усыновитель в законном порядке; доверенное лицо - нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, разборчиво с указанием даты рождения)

Дата рождения _____,

Пол мужской/женский _____,

Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования (при наличии) _____,

Страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) (при наличии) _____,

Контактный номер телефона _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань), расположенному по адресу: 414004, Астраханская область, г.о. город Астрахань, г. Астрахань, ул. Покровская роща, зд. 4, (ИНН 3015081689, ОГРН 1083015000529), (далее – Оператор) с использованием и без использования средств автоматизации моих (пациента, представляемого) персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; пол; число, месяц, год рождения; адрес фактического проживания; адрес по месту регистрации; контактный номер телефона; паспортные данные; реквизиты полиса ОМС; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) в целях организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

Я предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) с моими (пациента) персональными данными с целью формирования электронного талона в информационно аналитических системах Минздрава России (подсистеме мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи / системе мониторинга специализированной медицинской помощи / система мониторинга санаторно-курортного лечения), при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до дня его отзыва.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

подпись субъекта персональных данных / законного представителя субъекта персональных данных _____ дата _____