Приложение № 3 к приказу от _____ № _____

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань)

Согласие на обработку персональных данных с целью проведения телемедицинской консультации

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, _____,
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)

в соответствии с ст. 10.1 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, в целях проведения телемедицинских консультаций, подтверждаю свое согласие на обработку 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) моих (пациента, представляемого) персональных данных, включающих сведения документа удостоверяющего личность, сведения о состоянии здоровья, сведения данных медицинского обследования, фотографии, видеозаписи с медицинской аппаратуры и прочих медицинских видео и графических изображений, на обработку вышеуказанных данных посредством единой государственной информационной системы, подсистемы ТМК; информационной системы «Телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней» ФТМС иным медицинским учреждениям, которым Центром будут направлены медицинские документы и мои персональные данные в целях оказания медицинской помощи – телемедицины.

Подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснены цель, вид и способ проведения телемедицинской консультации. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск прерывания процесса передачи данных по техническим причинам в ходе телемедицинской консультации.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне разъяснён.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. от 05.04.2013) «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Не возражаю против записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

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

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 вручен лично под расписку представителю Оператора.

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*