СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЕГИСЗ

Заполните, пожалуйста
Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения г.
Контактный телефон
Адрес электронной почты (e-mail)
_____

Документ, подтверждающий полномочия: паспорт серия и номер: кем и когда выдан:

Сведения о законном представителе (заполняется при необходимости)

Фамилия, Имя, Отчество
_____

Дата рождения __ __. __ __. __ __ __ __г.

Телефон: _____ E-mail: _____

Основание (отметить): ☐ родитель ☐ усыновитель ☐ опекун ☐ попечитель

☐ доверенность № _____ от _____ ☐ иное: _____

Документ, подтверждающий полномочия: _____

Оператор: ООО «МЕДЛЮКС», ОГРН 1237700403940, ИНН/КПП: 9717137206/772801001, Юридический и фактический адрес: 117335, г. Москва, пр-кт Нахимовский, д. 65; e-mail для обращений: dental.dsd@mail.ru; сайт: https://dsd-stom.ru//.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и пункта 6 статьи 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «МЕДЛЮКС»** (ОГРН 1237700403940, ИНН 9717137206, адрес: 117335, г. Москва, пр-кт Нахимовский, д. 65) (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных в целях исполнения Оператором обязанностей, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в том числе по передаче сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ).

1. Цели обработки персональных данных

Обработка персональных данных осуществляется в целях:

– исполнения Оператором положений пункта 6 статьи 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которыми Оператор как медицинская организация является поставщиком информации в ЕГИСЗ и обязан передавать в нее соответствующие сведения;

– обеспечения моих прав на доступ к медицинской документации и сведениям о состоянии моего здоровья через личный кабинет на портале «Госуслуги» (при наличии соответствующего функционала).

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие

Я даю согласие на обработку следующих моих персональных данных, предусмотренных пунктом 4 части 3 статьи 91.1 и статьей 94 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, а также Постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»: фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии); номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии); анамнез; диагноз; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные клинические рекомендации.

3. Перечень действий с персональными данными и способы их обработки

Я даю согласие на совершение Оператором следующих действий с моими персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) в ЕГИСЗ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Обработка персональных данных может осуществляться как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом.

4. Передача сведений в ЕГИСЗ

4.1. Я подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что Оператор в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации является поставщиком информации в ЕГИСЗ и обязан передавать в нее сведения, предусмотренные пунктом 6 статьи 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в том числе об оказанной мне медицинской помощи.

4.2. Я даю согласие на передачу Оператором в ЕГИСЗ моих персональных данных, включая сведения, составляющие врачебную тайну, в объеме, необходимом для исполнения требований законодательства.

4.3. Я уведомлен(а), что передача сведений в ЕГИСЗ в обезличенном виде или в виде, не позволяющем определить состояние моего здоровья, осуществляется в силу закона и не требует моего согласия. Настоящее согласие в части передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ дается, в том числе, в целях обеспечения моих прав на доступ к медицинской документации и сведениям о состоянии моего здоровья через личный кабинет на портале «Госуслуги».

5. Срок действия согласия и порядок его отзыва

5.1. Настоящее согласие действует со дня его подписания и до дня его отзыва в письменной форме, либо до истечения срока хранения соответствующей медицинской документации, установленного законодательством Российской Федерации.

5.2. Я уведомлен(а) о праве отозвать настоящее согласие путем подачи Оператору письменного заявления. Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить их в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с даты получения отзыва, за исключением случаев, когда обработка должна быть продолжена в силу закона (в частности, для соблюдения требований законодательства о здравоохранении и хранения медицинской документации).

6. Подтверждение

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены. Я ознакомлен(а) с документом, определяющим политику Оператора в отношении обработки персональных данных, и с информацией о реализуемых требованиях к защите персональных данных.

Исполнитель: Юридический адрес: , , ИНН/КПП: / ОГРН: ОКПО: **Банковские реквизиты:** **р/с:** **к/с:** **АО:** **БИК:** **Телефон: +7-999-888-03-03** **Генеральный директор:** Ибакова З.И _____	**Потребитель :** Ф.И.О: Адрес: , , Дата рождения: Паспорт: серия и номер: Кем и когда выдан: Мобильный телефон: **Потребитель:**