Согласие

субъекта персональных данных (граждане, направляемые на медицинскую реабилитации по ОМС) на обработку персональных данных, на передачу персональных данных третьим лицам

Я, *,*

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06

№ 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **Федерального бюджетного учреждения Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации «Вятские Увалы»**, адрес: 613000, Кировская область, Кирово-Чепецкий район, с. Бурмакино (далее - Оператор), на обработку\* следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество; месяц рождения; год рождения; семейное положение; место рождения; социальное положение; профессия; дата рождения; адрес проживания; иные сведения, содержащиеся в выписке и направлении; должность; антропометрические данные; сведения об образовании; результаты обследования; сведения о социальных льготах, на которые работник имеет право в соответствии с законодательством; данные полиса обязательного медицинского страхования; СНИЛС; сведения об оказанных медицинских услугах; выписка из истории болезни; сведения о заболевании; наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; результат обращения за медицинской помощью; данные документа, удостоверяющего полномочия законного представителя; гражданство; основание льготы; сведения об оперативных вмешательствах; контактные телефоны; степень родства; возраст; сведения о лечениях; сведения о трудовой деятельности; пол; сведения об оказанной медицинской помощи; сведения об обследовании; сведения о наличии гражданства другого государства; номер истории болезни; медицинское заключение; данные исследования; группа крови, резус принадлежность; реквизиты листка нетрудоспособности; данные документа, удостоверяющего личность; данные лабораторных исследований; номер полиса; стаж работы; сведения, указанные в анамнезе; иные сведения, необходимые в целях осуществления уставной деятельности; данные флюорографических исследованиях; диагноз; ИНН; дата регистрации по месту жительства; номер медицинской карты; сведения о назначении лекарственных препаратов; место работы; отделение; описание снимка; дата выхода на пенсию; иные сведения, необходимые в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения; сведения об инвалидности; сведения о смене ФИО; информация о явках; характер, вид работы; сведения о прохождении медицинского осмотра; сведения о наличии инвалидности; заключение медицинского осмотра; период нетрудоспособности; сведения о регистрации по месту жительства; место учебы; сведения об изменении гражданства; социальный статус; сведения о близких родственниках; сведения о состоянии здоровья; дата выдачи документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; сведения о членах семьи, за которыми осуществляется уход (ФИО; возраст, родственная связь); контактные телефоны (или иной вид связи); сведения, указанные в эпикризе

в целях:

выполнение требований законодательства РФ в сфере здравоохранения; оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, выполнение уставных задач.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных - с даты подписания Согласия, в течение бессрочно.

Даю согласие на передачу (предоставление, доступ) Оператором следующих персональных данных

***(выбрать нужное)***:

□ СНИЛС; ФИО; адрес проживания; адрес регистрации; данные документа, удостоверяющего личность; дата оказания услуги; дата рождения; данные медицинского страхового полиса; диагноз; номер медицинской карты; выписка из истории болезни; сведения, указанные в анамнезе; иные сведения,

необходимые в целях выполнения Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (610017, г. Киров, ул. Герцена, 49). в целях:

– выполнение Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

Срок действия Согласия - с даты подписания Согласия, в течение бессрочно.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных (в том числе передача персональных данных третьим лицам) осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 ст.10 Федерального закона «О персональных данных». Я предупрежден(а) о размещении в 2-х местном номере.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи

\*обработка персональных данных - любое действие (операцию) 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.