

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА)  
НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,  
СВЕДЕНИЙ СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

дата рождения: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации по месту жительства/ адрес проживания)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

*действуя в интересах несовершеннолетнего ребенка (подопечного) законным представителем которого я являюсь,*

(Ф.И.О., гражданина до 15 лет – полностью, з/р)

*свидетельство о рождении (паспорт)* \_\_\_\_\_

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим выражаю свое согласие на обработку автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника») расположенной по адресу: 628386 Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6 » (ОГРН 1028601542650, ИНН 8612009438, ОКПО 57407789, ОКОГУ 4210007, ОКТМО 71885000, ОКФС 13, ОКОПФ 20901, ОКВЭД 86.23, 26.60.1, ОКОНХ 91514 , ОКУД 0604018; зарегистрированному по адресу: 628386, Ханты-мансийский автономный округ - Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А Лесников, ул.Сибирская, д.6; лицензия № ЛО-86-01-003201 от 20.12.2018г. на осуществление медицинской деятельности (оказание первичной, в том числе доврачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; рентгенологии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности) (далее - оператор) моих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего ребенка/подопечного), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактные телефоны, паспортные данные (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья (моего несовершеннолетнего ребенка/подопечного), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования. В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными несовершеннолетнего ребенка/подопечного) в электронном виде и на бумажном носителе, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (моего несовершеннолетнего ребенка/подопечного), персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС), в том числе и в электронные сервисы и компоненты Центрального узла регионального сегмента единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (ЕГИСЗ Югры), в целях реализации функций, возложенных на участников системы (пункт 7 Положения о Центральном узле регионального сегмента единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, утв. Приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 18 декабря 2017 г. № 1438). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (данными моего несовершеннолетнего ребенка) со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о моем состоянии здоровья/состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

- Работодатель \_\_\_\_\_
- Супруг(а) \_\_\_\_\_
- Мать \_\_\_\_\_
- Отец \_\_\_\_\_
- Сын \_\_\_\_\_
- Дочь \_\_\_\_\_
- Иные лица \_\_\_\_\_

Срок хранения моих (моего несовершеннолетнего ребенка/подопечного) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения. Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

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. 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.

Дата	Подпись Пациента	Подпись мед.работника