**Согласие пациента (законного представителя) на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(ая ся) …………………………………………………………………………………………….. (ФИО полностью)

проживающий(ая) по адресу………………………………………………………………………………………………………………………

паспорт: серия…………….. номер…………………………. выдан……………………………………………………………….(когда и кем)

(действующий в интересах…………………………………………………………………………………………………………)

 В соответствии с требованиями статей 9, 10 Закона № 152-РФ «О персональных данных», в связи с обращением за медицинской помощью в медико-профилактических целях и предоставлением своих (моего ребенка, лица, законным представителем которого являюсь (нужное подчеркнуть) персональных данных), я даю согласие ГАУЗ СО «Ирбитская СП» г. Ирбит ул. Калинина д. 23 на обработку персональных данных по существующим технологиям обработки документов, в т.ч. с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Предоставляю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу.

 Цель обработки: учет оказанных медицинских услуг, выполнение договорных обязательств и проведение расчетов, работа с жалобами и обращениями, оформление электронного листка нетрудоспособности, электронного рецепта, электронной медицинской карты, справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

 Перечень персональных данных: ФИО, паспортные данные, СНИЛС, адрес по регистрации и фактический, дата рождения, место работы и должность, данные страхового медицинского полиса ОМС, контактные телефоны, диагноз и данные о состоянии здоровья, информация о факте обращения за медицинской помощью, вид объем, условия и сроки оказанной медицинской помощи, серия и номер выданного листка нетрудоспособности.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Согласие может быть отозвано мной по письменному заявлению.

 **Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. и действует бессрочно**.

**Подпись пациента (законного представителя) …………………………/…………………………………(расшифровка)**

**номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Согласие пациента (законного представителя) на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(ая ся) …………………………………………………………………………………………….. (ФИО полностью)

проживающий(ая) по адресу………………………………………………………………………………………………………………………

паспорт: серия…………….. номер…………………………. выдан……………………………………………………………….(когда и кем)

(действующий в интересах…………………………………………………………………………………………………………)

 В соответствии с требованиями статей 9, 10 Закона № 152-РФ «О персональных данных», в связи с обращением за медицинской помощью в медико-профилактических целях и предоставлением своих (моего ребенка, лица, законным представителем которого являюсь (нужное подчеркнуть) персональных данных), я даю согласие ГАУЗ СО «Ирбитская СП» (далее учреждение) г. Ирбит ул. Калинина д. 23 на обработку персональных данных: ФИО, паспортные данные, СНИЛС, адрес по регистрации и фактический, дата рождения, социальные льготы, место работы и должность, данные страхового медицинского полиса ОМС, контактные телефоны, диагноз и данные о состоянии здоровья, информация о факте обращения за медицинской помощью, вид объем, условия и сроки оказанной медицинской помощи, серия и номер выданного листка нетрудоспособности.

В процессе оказания учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом;

 - обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС;

- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

- обмен (прием и передача) моими персональными данными с Пенсионным фондом РФ, как оператора ЕГИССО, имеющего право на сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Согласие может быть отозвано мной по письменному заявлению.

 **Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. и действует бессрочно**.

**Подпись пациента (законного представителя) …………………………/…………………………………(расшифровка)**

**номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**