Приложение 1

к Приказу БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

от \_\_\_\_. \_\_\_ \_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся)

года рождения, проживающий(ая) по адресу

документ удостоверяющий личность – паспорт, серия №

дата выдачи паспорта и кем выдан

(далее – Субъект персональных данных), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку \_БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница» (г. Нижневартовска ул. Северная дом 30 (далее – Оператор) моих персональных данных и персональных данных моих несовершеннолетних детей/подопечных,

 (Ф.И.О. сына, дочери, подопечного)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, биометрические данные, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

 Субъект дает согласие Оператору на поручение обработки персональных данных Субъекта бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее - МИАЦ) в целях формирования единого регионального информационно-телекоммуникационного пространства системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа (далее – Автономный округ), необходимого для информационного взаимодействия медицинских организаций Автономного округа, в рамках Концепции региональной информатизации, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 2769-р. Оператор гарантирует соблюдение МИАЦ-ом требований ФЗ «О персональных данных», а также иных нормативных документов в области защиты информации и персональных данных.

 В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

 Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, исключением является запросы на персональные данных согласно ФЗ – № 323 от 21 ноября 2011 года Статья 13.

 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.

 В соответствии с частью 9 статьи 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 г.№ 152-ФЗ «О персональных данных», я имею право добровольно устанавливать условия и запреты на категории и перечень персональных данных, передаваемых Оператору.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Контактный телефон (ы)

Адрес электронной почты

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись субъекта персональных данных  |  |
|  |
|  |  |  |
|  | (Подпись) | (Ф.И.О.) |