

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
ИНСТИТУТ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ ТОМОГРАФИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»
Сибирского отделения Российской академии наук

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,
(полностью Ф.И.О. гражданина или законного представителя)
паспорт серия _____, номер _____, дата выдачи _____, выдан _____,
_____ , проживающий
по месту регистрации _____
телефон _____,
e-mail _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю своё согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением науки Институтом «Международный томографический центр» Сибирского отделения Российской академии наук (ОГРН 1025403642110, ИНН 5408167950/КПП 540801001, 630090, г. Новосибирск, ул. Институтская 3А) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя при необходимости соответственно, реквизиты полиса ДМС, индивидуальный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные в ходе обследования (далее по тексту - персональные данные) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг по договорам оказания платных медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящим я подтверждаю ² своё согласие на размещение моей/ представляемого мной лица медицинской документации и (или) сведений о состоянии здоровья в личном кабинете на портале «ГОСУСЛУГИ» путем передачи персональных данных в ЕГИСЗ.

В процессе оказания Оператором мне/представляемому мной лицу медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования (представляемого мной лица), лечения, ведения внутреннего учета Оператора, а также передавать страховым компаниям в целях исполнения Оператором обязательств по заключенным договорам со страховыми компаниями (ДМС) при необходимости соответственно, и государственным контрольным органам с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Настоящим я подтверждаю своё согласие на обработку персональных данных, а именно, любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с вышеуказанными персональными данными, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение; уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Настоящим я подтверждаю своё согласие на следующие способы обработки персональных данных: в информационных системах с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом, при участии и непосредственном участии человека. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам со страховыми компаниями (ДМС) при необходимости соответственно. Настоящим подтверждаю, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по таким договорам, по иным возмездным договорам с заказчиками, в том числе посредническим договорам на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми компаниями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а

также по незащищенным каналам связи при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я предоставляю/не предоставляю³ право работникам Оператора осуществлять на указанные мной мобильный телефонный номер и (или) адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене/перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, телефонные звонки для уточнения, о коррекции лечения, о готовности результатов медицинского обследования, о медицинских специалистах работающих у Оператора.

Я предоставляю/не предоставляю⁴ Оператору право предоставлять протоколы врачебных заключений с использованием электронной подписи врача, полученные в ходе исследования, а также копии и выписки из медицинских документов:

на e-mail

при личном обращении к Оператору.

Я осознаю, что информация, переданная Оператором по электронным каналам связи (на e-mail) или на указанный мной мобильный телефонный номер, считается переданной по незащищенным каналам связи и может стать доступной третьим лицам не по вине Оператора в связи с несовершенством защиты каналов связи вне Оператора.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно до момента моего отзыва. Мне разъяснено, что я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления 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 (далее-отзыв).

В случае получения моего отзыва, Оператор обязан прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской услуги, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Подпись субъекта персональных данных / _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

¹ Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетних лиц/недееспособных лиц подписывают их законные представители.

² Подчеркнуть нужное. В случае если гражданин выбирает «не подтверждаю», то оформляется отказ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ. ЕГИСЗ - единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, которая создана, развивается и эксплуатируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения. Положение о единой системе, в том числе порядок доступа к информации, содержащейся в ней, порядок и сроки представления информации в единую систему, порядок обмена информацией с использованием единой системы, утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения». В соответствии со статьей 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения ЕГИСЗ включает в себя медицинскую документацию и (или) сведения о состоянии здоровья гражданина, предоставленные с согласия гражданина (его законного представителя) или размещенные гражданином (его законным представителем), в том числе посредством единого портала государственных и муниципальных услуг.

³ Подчеркнуть нужное

⁴ Подчеркнуть нужное