

СОГЛАСИЕ
работника медицинской организации
на обработку его персональных данных

Я, _____,
Ф.И.О. полностью
паспорт _____, выдан _____
серия и номер _____,
_____,
дата и наименование выдавшего органа _____,
проживающий по адресу: _____,
_____ по месту регистрации

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и с целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия в трудоустройстве, обеспечения моей личной безопасности, контроля Работодателем за количеством и качеством выполняемой работы, сохранности личного имущества и имущества Работодателя, даю согласие **КГБУЗ «Санаторий «Анненские Воды»**

с. Аннинские Минеральные воды, ул. Центральная, 2)

наименование и адрес медицинской организации

на любые действия (операции) 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 (распространение, предоставление, доступ)*, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение нижеследующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; год месяц, дата рождения; место рождения; пол; гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания; социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), состояние в браке, состав семьи; место работы, профессия (специальность); общий трудовой стаж, сведения о приемах, перемещениях и увольнениях по предыдущим местам работы; сведения, включенные в трудовую книжку; образование и повышение квалификации или наличие специальных знаний; сведения о воинском учете; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования; сведения о доходах; информация по лицевому банковскому счету работника; сведения о судимости (если есть); иные персональные данные, учитываемые в формах статистического и медико-статистического наблюдения и информационных системах органов управления здравоохранением федерального и территориального уровней;

Оператор вправе, при получении письменного согласия членов семьи, производить обработку персональных данных членов семьи, родственников.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Хабаровского края.

*Оператор вправе передавать мои персональные данные в налоговые органы; правоохранительные органы (при официальном запросе); военкоматы; органы социального страхования, государственные внебюджетные фонды; банки (для оформления пластиковой карты) без дополнительного письменного согласия, в объеме и случаях предусмотренных действующим законодательством РФ; организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации; органам управления здравоохранением Хабаровского края), муниципальных образований, расположенных на территории Хабаровского края).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения кадровых документов (личная карточка и копии документов работника, Трудовой договор и дополнения к нему - 50 лет, по сотруднику оформленному с 2003 года и позже; - 75 лет, по сотруднику, оформленному до 2003 года.)

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения кадровых документов.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания.

Настоящее согласие действует до получения оператором в письменной форме отзыва согласия на обработку.

Подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены, а также право работодателя обрабатывать (в том числе и передавать) часть моих персональных данных без моего согласия, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Подтверждаю, что отзыв согласия производится в письменном виде в соответствии с действующим законодательством. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подпись субъекта персональных данных _____

СОГЛАСИЕ

**законного представителя пациента (субъекта персональных данных) на обработку персональных данных пациента
(субъекта персональных данных) обратившегося в медицинскую организацию**

Я, _____,
Ф.И.О. полностью
паспорт _____, выдан _____,
серия и номер дата и наименование выдавшего органа
проживающий по адресу: _____, являющийся законным представителем _____
по месту регистрации родителем, усыновителем, опекуном попечителем
представляемого _____ дата рождения «__» _____ г.,
Ф.И.О. сына (дочери), усыновленного (удочеренной), подопечного (подопечной)
проживающего по адресу _____
реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии) (по месту регистрации)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «Санаторий «Анненские Воды» с. Аннинские Минеральные воды, ул. Центральная, 2 наименование и адрес медицинской организации (далее — Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях: — установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну; — защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи; — осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий; — оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг; — ведения учета оказанной медицинской помощи; — формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения; — обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации. Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных представляемого все действия (операции) 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении. Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных представляемого централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Хабаровского края. Оператор имеет право получать и передавать персональные данные представляемого, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения): — федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования; — пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы; — страховым медицинским организациям, осуществляющим страхование представляемого; — организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации; — органам управления здравоохранением Хабаровского края, муниципальных образований, расположенных на территории Хабаровского края. Передача персональных данных представляемого иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

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 и предоставления соответствующей статистической информации..

Мобильный телефон(ы) _____

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____
(родителя, усыновителя, опекуна, попечителя)

СОГЛАСИЕ

**пациента (субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию),
на обработку его персональных данных**

Я, _____, _____
Ф.И.О. полностью
паспорт _____, выдан _____
серия и номер _____ дата и наименование выдавшего органа _____
проживающий по адресу: _____,
по месту регистрации _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку КГБУЗ «Санаторий «Анненские Воды» с. Аннинские Минеральные воды, ул. Центральная, 2
наименование и адрес медицинской организации

(далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях: — установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну; — защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи; — осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико- профилактических мероприятий; — оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг; — ведения учета оказанной медицинской помощи; — формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения; — обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации. Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Хабаровского края.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

— федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования; — пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы; — страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование; — организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации; — органам управления здравоохранением Хабаровского края, муниципальных образований, расположенных на территории Хабаровского края.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен 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 и предоставления соответствующей статистической информации..

Мобильный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных _____