Согласие законного представителя пациента на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

Я (далее – субъект)
_____

Документ, удостоверяющий личность: _____ № _____,

Выдан_____
кем и когда

Зарегистрированный по адресу:
_____

даю согласие СПб ГБУЗ «Детский психоневрологический санаторий «Пионер» (далее – оператор) на обработку персональных данных лиц, указанных в информированном согласии на лечение, и данных моего несовершеннолетнего ребенка_____на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных исключительно в целях оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению по психоневрологическому профилю.

2. Перечень персональных данных, передаваемых оператору на обработку:

- Ф.И.О.;

-пол;

-дата рождения;

-паспортные данные;

-адрес;

-номера телефонов;

-место учебы или ДДУ;

-место работы и должность;

-данные полиса ОМС;

-данные инвалидного удостоверения;

-медицинские сведения о пациенте, включая данные о наследственности.

3. Субъект дает согласие на совершение, в т. ч., следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, изменение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в электронную базу данных, реестр, отчетные формы, передача между сотрудниками внутри медицинской организации и другими медицинскими организациями в интересах обследования и лечения, передача информации третьим лицам в случаях, установленных действующим законодательством, ст.13 «Соблюдение врачебной тайны» ФЗ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Настоящее согласие действует в течение срока обязательного хранения медицинской документации (25 лет).

5. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных.

«_____»_____20___г. Подпись_____

Ф.И.О.врача_____

Подпись_____