

УТВЕРЖДЕНО Приказом

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Новосибирск»

от «__» ____ 2021 г. № ____

(Приложение №3 к Приказу)

Согласие на обработку персональных данных

Я _____, " __ " ____ года
рождения, проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт: _____, выдан " __ " ____ г.

заявляю о согласии на обработку ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Новосибирск» (630003 г. Новосибирск, Владимирский спуск, д. 2а (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; данные полиса ОМС; СНИЛС; место жительства; место регистрации; информацию, связанную с оказываемыми мне Оператором медицинскими услугами и процессом ее оказания включая, анамнез, диагноз, вид, условия, объем и сроки оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью; контактный телефон; адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник, откуда пришел на сайт пользователь, с какого сайта или по какой рекламе; язык ОС и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), в целях заключения и исполнения в соответствии публичной офертой ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Новосибирск» Договора об оказании платных медицинских услуг. Предоставляю Оператору право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также право на передачу моих персональных данных Центральной дирекцией здравоохранения – филиалу ОАО «РЖД» в процессе мероприятий по контролю качества оказанных услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, медицинские информационные системы Оператора, включения в списки (реестры) и отчетные формы с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации, обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной добровольно «__» ____ 20__ г. и действует в течение срока хранения медицинских документов, содержащих мои персональные данные, установленного законодательством Российской Федерации.

Подпись субъекта персональных данных ФИО _____ / _____ /

Для целей технического обеспечения оказания мне медицинских услуг, процесса оплаты услуг безналичным способом, процесса регистрации на оказание медицинской услуги и акцепта публичной оферты ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Новосибирск» договора об оказании платных медицинских услуг, загрузки информации об оказанной мне медицинской услуги на Портал государственных и муниципальных услуг Российской Федерации (портал Госуслуг), в

Федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей (ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора), в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС) города Москвы, для получения QR-кодов и электронных сертификатов, связанных с оказанной мне услугой, предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, включая данные составляющие врачебную тайну Департаменту информационных технологий города Москвы, Департаменту здравоохранения города Москвы, являющимися уполномоченными органами города Москвы по работе ЕМИАС, ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, а также ООО «Инициум» (г. Москва, Киевское ш. 22й км (п. Московский), доп влад. 4, стр. 2, этаж 3, блок Г, офис 336Г) и ООО «Джибукинг», (г. Москва, Нижний Сусальный переулок, д. 5, строение 17, этаж 1, помещение 8, комната 17) осуществляющих обслуживание страниц сайта Оператора (страниц лендинга) и терминалов Оператора, используемых для заказа и оплаты медицинских услуг и обработки и обслуживание сервисов Оператора по онлайн оплате и рассылки мне результатов анализов на электронную почту [адрес электронной почты] из медицинской (лабораторной) информационной системы Оператора. На получение уведомлений об оказываемой услуге (результатов лабораторных исследований, документации, содержащей персональные данные, в т.ч. данные, отнесенные к врачебной тайне и иных уведомлений) от Оператора на электронную почту [адрес электронной почты], на получение смс-уведомлений (о произведенной оплате, заключении договора на оказание медицинских услуг, готовности результатов лабораторных исследований, иных уведомлений об исполнении договора) от Оператора на указанный номер телефона [номер телефона]. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего согласия. Настоящее согласие дано мной добровольно «__»____20__г. и действует бессрочно до отзыва мною настоящего согласия. Отзыв согласия может быть направлен мною в любое время в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных ФИО _____ / _____ /

УТВЕРЖДЕНО Приказом

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Новосибирск»

от «__» ____ 2021 г. № ____

(Приложение №4 к Приказу)

Согласие на обработку персональных данных

Я _____, " __ " ____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____ паспорт: _____, выдан " __ " ____ г. _____ Настоящим даю согласие на обработку предоставленных мной персональных данных о себе и пациенте: _____, далее – пациент, зарегистрированного по адресу: _____, документ: _____, выдан " __ " ____ г. _____ законным представителем/опекуном которого я являюсь.

заявляю о согласии на обработку ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Новосибирск» (630003 г. Новосибирск, Владимирский спуск, д. 2а (далее – Оператор) моих персональных данных и персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; данные полиса ОМС; СНИЛС; место жительства; место регистрации; информацию, связанную с оказываемыми пациенту Оператором медицинскими услугами и процессом ее оказания включая, анамнез, диагноз, вид, условия, объем и сроки оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью; контактный телефон; адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник, откуда пришел на сайт пользователь, с какого сайта или по какой рекламе; язык ОС и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), в целях заключения и исполнения в соответствии публичной офертой ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Новосибирск» Договора об оказании платных медицинских услуг. Предоставляю Оператору право медицинским работникам передавать мои персональные данные и данные пациента, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также право на передачу моих персональных данных и данных пациента Центральной дирекцией здравоохранения – филиалу ОАО «РЖД» в процессе мероприятий по контролю качества оказанных услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональными данными пациента посредством внесения их в электронную базу данных, медицинские информационные системы Оператора, включения в списки (реестры) и отчетные формы с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации, обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными пациента с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Срок хранения моих персональных данных и персональными данными пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной добровольно «__» ____ 20__ г. и действует в течение срока хранения медицинских

документов, содержащих мои персональные данные, установленного законодательством Российской Федерации.

ФИО _____ / _____ /

Для целей технического обеспечения оказания мне медицинских услуг, процесса оплаты услуг безналичным способом, процесса регистрации на оказание медицинской услуги и акцепта публичной оферты ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Новосибирск» договора об оказании платных медицинских услуг, загрузки информации об оказанной мне медицинской услуги на Портал государственных и муниципальных услуг Российской Федерации (портал Госуслуг), в ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС) города Москвы, для получения QR-кодов и электронных сертификатов, связанных с оказанной мне услугой, предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, включая данные составляющие врачебную тайну Департаменту информационных технологий города Москвы, Департаменту здравоохранения города Москвы, являющимися уполномоченными органами города Москвы по работе ЕМИАС, ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, а также ООО «Инициум» (г. Москва, Киевское ш. 22й км (п. Московский), доп влад. 4, стр. 2, этаж 3, блок Г, офис 336Г) и ООО «Джибукинг», (г. Москва, Нижний Сусальный переулок, д. 5, строение 17, этаж 1, помещение 8, комната 17) осуществляющих обслуживание страниц сайта Оператора (страниц лендинга) и терминалов Оператора, используемых для заказа и оплаты медицинских услуг и обработки и обслуживания сервисов Оператора по онлайн оплате и рассылки результатов анализов на электронную почту [адрес электронной почты] из медицинской (лабораторной) информационной системы Оператора. На получение уведомлений об оказываемой услуге (результатов лабораторных исследований, документации, содержащей персональные данные, в т.ч. данные, отнесенные к врачебной тайне и иных уведомлений) от Оператора на электронную почту [адрес электронной почты], на получение смс-уведомлений (о произведенной оплате, заключении договора на оказание медицинских услуг, готовности результатов лабораторных исследований, иных уведомлений об исполнении договора) от Оператора на указанный номер телефона [номер телефона]. Срок хранения моих персональных данных и персональными данными пациента соответствует сроку действия настоящего согласия. Настоящее согласие дано мной добровольно «___» _____ 20__ г. и действует бессрочно до отзыва мною настоящего согласия. Отзыв согласия может быть направлен мною в любое время в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных ФИО _____ / _____ /