

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 моего (моей) _____, далее – пациент,
 зарегистрированного по адресу: _____, паспорт: _____, выдан " " _____ г.
 законным представителем/опекуном которого я являюсь.

заявляю о согласии на обработку ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Красноярск» (660058 г. Красноярск, ул. Ломоносова, д. 47 (далее – Оператор) моих персональных данных и персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; 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. Красноярск» Договора об оказании платных медицинских услуг. Даю согласие Оператору на предоставление медицинскими работниками моих персональных данных и данных пациента, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения пациента, а также Центральной дирекции здравоохранения – филиалу ОАО «РЖД» в процессе мероприятий по контролю качества оказанных услуг и частным учреждениям здравоохранения ОАО «РЖД» в процессе обследования и лечения пациента, формирования единого реестра пациентов сети «РЖД–Медицина», предоставления мне/пациенту результата 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 персональных данных 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 и персональные данные пациента – 25 (двадцать пять) лет.

ФИО _____ / _____ /

Для целей технического обеспечения оказания пациенту медицинских услуг, процесса оплаты услуг безналичным способом, процесса регистрации на оказание медицинской услуги и акцепта публичной оферты ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Красноярск» договора об оказании платных медицинских услуг, загрузки информации об оказанной пациенту медицинской услуги на Портал государственных и муниципальных услуг Российской Федерации (портал Госуслуг), в информационную систему Федерального бюджетного учреждения науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей (ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора), в Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр, для исполнения Оператором обязанности по уведомлению Роспотребнадзора и верификации данных об оказанных пациенту медицинских услугах, для получения QR-кодов и электронных сертификатов, связанных с оказанной пациенту услугой, даю согласие на предоставление моих персональных данных и персональных данных пациента, включая данные составляющие врачебную тайну, Министерству здравоохранения Красноярского края, являющемуся уполномоченным органом Красноярского края по работе с ККМИАЦ, ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Красноярскому краевому медицинскому информационно-аналитическому центру (ККМИАЦ), 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. Даю согласие на получение уведомлений об оказываемой услуги (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 персональных данных 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 и персональные данные пациента – 25 (двадцать пять) лет.

Отзыв согласия может быть направлен мною в любое время в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных ФИО _____/_____/