

Я, (Законный представитель) ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ
паспорт 29 22 836 526 ^{серия и номер} выдан 13.04.2022 г ^{дата выдачи паспорта} код подразделения 400-031
кем выдан УВД России по Калужской обл. г. Калуга

адрес регистрации: г. Калуга, ул. Ленина, д. 6 кв. 18
(по паспорту)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие Оператору «КАЛУЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. К.Э. ЦИОЛКОВСКОГО» (Университетская клиника КГУ), находящемуся по адресу: 248023, г. Калуга, ул. Тульская, зд.48, корп.1, на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ "О персональных данных", то есть, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса регистрации по месту жительства, пола, номера контактного телефона, реквизитов полиса медицинского страхования (ОМС, ДМС), страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в том числе в целях медицинского обследования, установления диагноза, назначения лечения, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать на бумажном носителе или в электронном виде по каналам связи, защищенным от несанкционированного доступа, мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, страховым медицинским организациям (во исполнение обязательств Оператора по работе в системе ОМС и ДМС), правоохранительным органам и вневедомственным комиссиям (при наличии официальных запросов).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, обезличивание, блокирование, уничтожение, изменение, использование, в том числе при проведении научных исследований, опубликовании результатов исследований в научных изданиях, использовании в учебном процессе. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных пациентов, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативно-правовыми документами, регламентирующими предоставление статистических данных по ОМС и ДМС договорам. В случае моего несогласия на обработку персональных данных Оператор вправе не оказывать мне консультативные, медико-профилактические, лечебно-диагностические мероприятия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты пациента — 5 (пять) лет. Настоящее соглашение действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое направляется в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручается лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия, Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных с момента завершения взаиморасчетов по оплате медицинской помощи, оказанной мне до получения заявления об отзыве моего согласия на обработку персональных данных.

Пациент (законный представитель): Иванов И.И. / ИВАНОВ И.И.
(подпись) (Ф.И.О.)
контактный телефон 8-910-612-96-18