|  |
| --- |
| **Согласие на обработку персональных данных**  Я, (Законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. полностью)  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *серия и номер дата выдачи паспорта*  кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                              (подпись)                                      (Ф.И.О. )  контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |