



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации 400131, Российская Федерация, Волгоградская обл.,
г.Волгоград, пл. Павших Борцов,1.
ИНН 3444048472 КПП 344401001 ОКТМО 187011000
тел. (844-2) 38-50-05, факс (844-2) 55-17-70, e-mail: post@volgmed.ru

СКДЦ ВолГМУ
400078, г. Волгоград, ул. Герцена, д. 10, тел./факс (844-2) 73-09-23

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ** зарегистрированный по адресу: Россия, Волгоградская область, -, Волгоград, -, -, -

паспорт серия **0101** номер **010101** выданный

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в СКДЦ ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, фактический адрес: 400079, г.Волгоград, ул. Герцена, д. 10, ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, юридический адрес: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1 моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адрес регистрации и места жительства, контактные телефоны, паспортные данные, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные страхового полиса ОМС (ДМС), социального положения, место работы и занимаемая должность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной 31.08.2023 и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных ✓ / **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**