СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(аяся)_____

(ФИО законного представителя)

документ, удостоверяющий личность,_____

_____

адрес регистрации _____

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – Представитель пациента) несовершеннолетнего (далее – Пациент):_____

(ФИО несовершеннолетнего)

СНИЛС Пациента: _____

в соответствии со ст. 6, 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг даю свое согласие на поручение ООО «ЦС «32 Практика» (ИНН 5902176259, ОГРН 1105902012127), зарегистрированного по адресу: 614000, Россия, Пермский край, г. Пермь, проспект Комсомольский, 28а, 5 этаж (далее – Оператор) обработки моих (представляемого мной лица) персональных данных следующим лицам:

Цель обработки ПНд	Состав ПНд	Третьи лица, участвующие в обработке ПДн
Ведение медицинской документации в форме электронного документа, контроль качества оказанной медицинской помощи, преемственность медицинской помощи, обеспечение доступа пациентов к медицинской документации посредством портала Госуслуги, а также повышение качества оказываемой медицинской помощи за счёт использования систем искусственного интеллекта при анализе данных рентгенологических исследований	Фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), номер телефона, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные, содержащиеся в свидетельстве о рождении (при оказании медицинской помощи несовершеннолетним младше 14 лет), информация о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, номер полиса ДМС (при предоставлении услуг по ДМС), номер СНИЛС	ООО «НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ЦЕНТР «1С» ИНН 7729510210, ОГРН 1047796526546, 119285, г. Москва, ул. Мосфильмовская, д. 42, стр. 1, эт/пом/ком 1/1/7; ООО «ДИАГНОКАТ» ИНН/КПП: 7716919359/771601001 ОГРН 1187746771464, 129337, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Ярославский, ул. Палехская, д. 21, эт/пом/ком 1/II-III/13 ЗАО «ЦЕНТР ЦИФРОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ», ИНН/КПП 5407187087/540801001, ОГРН 1025403189602, 630055, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Мусы Джалиля, д. 11, каб. 309

Оператор и лица, действующие по его поручению, вправе осуществлять обработку персональных данных в информационных системах с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее Согласие предоставляется на осуществление оператором и лицами, действующими по его поручению, всех действий (операций) в отношении моих персональных данных / данных Пациента, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Срок хранения моих персональных данных / данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее Согласие действует с момента его подписания до его отзыва. Условием прекращения обработки моих персональных данных / данных Пациента является получение Оператором письменного уведомления об отзыве согласия.

В случае отказа от передачи персональных данных в виде СНИЛС мне разъяснены и понятны последствия невозможности передачи моей медицинской документации/ документации несовершеннолетнего в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)/в реестр электронных медицинских документов (РЭМД), а также в личный кабинет «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг.

Подпись законного представителя: ✔ _____

(Ф.И.О. законного представителя)

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ

В соответствии с ч. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

Я,_____

(Ф.И.О. законного представителя)

прошу осуществить отправку информации о результатах оказания медицинских услуг (консультаций, исследований, лечения) в ООО «Центр Стоматологии «32 Практика»

_____

(Ф.И.О. пациента)

по электронной почте:_____

(эл. почта законного представителя)

Подписывая данное согласие, я разрешаю передачу результатов оказания медицинских услуг по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается ООО «Центр Стоматологии «32 Практика» и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов ООО «Центр Стоматологии «32 Практика» ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Подпись законного представителя: ✔ _____

(Ф.И.О. законного представителя)

_____ г.