

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____, паспорт: серия _____, номер _____, выдан _____

название выдавшего органа _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО МЦ «Лотос» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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.

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. 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, включенная в список (ресурсы) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ и _____ территориальным фондом ОМС 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. Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. и действует бессрочно.

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. Контактный телефон(ы): _____

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Заявление № _____

(номер должен совпадать с номером в журнале регистрации)

**гражданина РФ; беженца; иностранного гражданина постоянно (временно)
проживающего в РФ; проживающего без гражданства в РФ постоянно (временно);
представителя гражданина (нужное подчеркнуть)**

Главному врачу МЦ «Лотос», Тупикову В.А.
фактический адрес г. Челябинск, ул. 250-летию Челябинска, 73

Прошу прикрепить меня на постоянное медицинское обслуживание к Вашему ЛПУ
по причине _____
_____ (фамилия) _____ (имя) _____ (отчество)

Год рождения _____ Дата _____ месяц _____ Пол (мужской, женский)
Гражданство _____

Паспортные данные (паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ (нужное подчеркнуть))
Серия _____ номер _____ Выдан _____ Дата _____

Место регистрации проживания _____ Дата регистрации _____

Место жительства (фактического проживания) _____

Полис обязательного медицинского страхования № _____

Выданный страховой медицинской организацией _____

Контактные телефоны _____ электронная почта _____

Данные ЛПУ, где в настоящее время оказывается или должна оказываться медицинская помощь
заявителю:

Наименование лечебно-профилактического учреждения _____

Фактический адрес медицинской организации _____

Представлены оригиналы следующих документов: паспорт гражданина РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ, паспорт иностранного гражданина, полис обязательного медицинского страхования, вид на жительство, удостоверение беженца (нужное подчеркнуть)

Я ознакомлен с перечнем специалистов-врачей, оказывающих первичную медицинскую и специализированную помощь; с количеством граждан, обслуживаемых в данном ЛПУ и территорией обслуживания при оказании помощи на дому. Даю согласие на обработку моих персональных данных.

Фамилия (полностью) инициалы _____ Подпись _____

Дата приёма заявления _____

Принятое решение (заполняется руководителем ЛПУ): Ф.И.О. _____

Дата _____ Подпись _____

	дата	Вид отправки информации (Эл. почта, почта, курьер)
Информирование ЛПУ _____ где пациент наблюдался ранее		
Подтверждение информации из ЛПУ _____, где пациент наблюдался ранее		
Информирование пациента о принятом решении		
Уведомление страховой организации о принятии гражданина на медицинское обслуживание		
Уведомление ЛПУ _____, где ранее наблюдался пациент		