

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся **ФИО**, проживающий по адресу: _____, Паспорт гражданина РФ Серия: ____ №: _____ выдан _____ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данных третьими лицами 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 (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ 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.

Подпись _____ (ФИО)

Информированное добровольное согласие потребителя по объему и условиям получения платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области»

г. Омск _____ г.

Я, «Потребитель» **ФИО**, желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области» (далее – БУЗОО «КМХЦ МЗОО») и готов заключить договор на предоставление платных медицинских услуг, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от работников БУЗОО «КМХЦ МЗОО» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг по моему заболеванию в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на соответствующий календарный год и плановый период (далее – Программы).

2. Выражая согласие на предоставление мне платных медицинских услуг я использую возможность реализовать свое право, предоставленное мне статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в БУЗОО «КМХЦ МЗОО» и согласен(на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в БУЗОО «КМХЦ МЗОО» заключив соответствующий договор на предоставление платных медицинских услуг, в котором будет указан конкретный перечень платных(ой) медицинских(ой) услуг(и), в том числе, при необходимости, не предусмотренных условиями оказания медицинской помощи по Программам.

4. Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в БУЗОО «КМХЦ МЗОО». В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

5. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные ответы на них. Также мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) БУЗОО «КМХЦ МЗОО» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

7. Настоящее информированное добровольное согласие потребителя по объему и условиям получения платных медицинских услуг в БУЗОО «КМХЦ МЗОО» мною прочитано, я полностью согласен(на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность:

Паспорт гражданина РФ Серия: ____ №: _____ выдан _____ г.

Адрес регистрации: _____

Подпись _____ (ФИО)