

Заказчик: _____

проживающий по адресу: _____

паспорт серии _____, выдан " _____ " _____ 20__ г.

Страховой медицинский полис _____

Исполнитель: _____

Заказчик: _____



Приложение № 1 к Договору

СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

« _____ » _____ года рождения,

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

_____ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица,

признанного недееспособным _____

(Ф.И.О. недееспособного лица полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку ГБУЗ НО «Городская больница № 21» (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Новосибирской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) 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, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим соглашением, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 201__ 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.

Субъект персональных данных

(законный представитель)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(подпись) _____

Приложение № 2 к договору

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, нижеподписавшийся(-ая), _____

(Ф.И.О. Заказчика или законного представителя, дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в том числе:

- 1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие оказание платных медицинских услуг.

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.

" _____ " _____ 201__ г.

_____ / _____
подпись Заказчика (законного представителя) / расшифровка подписи