Согласие/отказ на обработку (передачу) персональных данных в ЕГИСЗ

Я _____ ,

Ф.И.О. полностью

проживающий (ая) по адресу: _____ ,

по месту регистрации

паспорт: серия номер выдан

серия, номер, дата выдачи

_____

наименование выдавшего органа

или

Этот раздел бланка заполняется только на представляемых лиц:
Я, паспорт: серия номер выдан:
даю согласие в отношении:
(Ф.И.О. представляемого)
проживающего(ей) по адресу:
по месту регистрации
документ, удостоверяющий личность
сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении,
паспорте или ином документе, удостоверяющем личность
реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 78 Федеральный закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановления Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» , приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» действуя своей волей и в своем интересе или в интересах представляемого, настоящим

подтверждаю

- ☐ **свое согласие** Оператору ООО «ММЦ Медикал Он Груп - Мытищи» ИНН 5029129856, ОГРН 1095029007721 адрес: 141009, Московская область, г. Мытищи, ул.Колонцова, строение 5А, этаж 3, помещение 24 (далее – Оператор) на передачу персональных данных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (Минздрав России, 127994, город Москва, Рахмановский пер., д.3/25 стр.1;2;3;4) (далее – ЕГИСЗ);
- ☐ свой отказ Оператору на передачу персональных данных в ЕГИСЗ _____/_____/_____;

дата Ф.И.О. подпись

включающих: фамилия, имя, отчество; пол; данные документа, удостоверяющего личность; СНИЛС[1]; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; сведения о состоянии здоровья; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, **с целью** обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения.

Я предупрежден (а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием средств вычислительной техники, с соблюдением конфиденциальности, принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г №152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

При отказе от передачи данных в ЕГИСЗ дальнейших претензий к Оператору по передаче данных (ранее направленных) в ЕГИСЗ не имею.

Настоящее согласие действует с даты подписания до достижения цели обработки персональных данных или в течение срока хранения (не менее 25 лет, не менее 50 лет в медицинской информационной системе) персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления (отзыва) в адрес Оператора.

Я предупрежден (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и ч.2 ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

_____

подпись *Фамилия, имя, отчество* *дата*

[1] В случае непредоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет невозможна.