

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» я, являясь Пользователем сайта бюджетного учреждения здравоохранения Омской области "Медицинский информационно-аналитический центр" (далее - Оператор) в сети Интернет, настоящим даю согласие Оператору на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии) Пользователя; пол, дата рождения, адрес регистрации по месту проживания, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности); сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета Пользователя в Пенсионном фонде России (СНИЛС), контактный телефон, адрес электронной почты (e-mail), данные о состоянии здоровья, данные о случаях обращения за медицинской помощью,

а также следующих персональных данных представляемого лица (в случае, если Пользователь представляет в силу закона интересы иного лица): фамилия, имя, отчество (при наличии) представляемого лица; пол представляемого лица; дата рождения представляемого лица; адрес регистрации по месту проживания представляемого лица; реквизиты документа, удостоверяющего личность представляемого лица; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; реквизиты полиса ОМС (ДМС) представляемого лица; страховой номер индивидуального лицевого счета представляемого лица в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии здоровья представляемого лица, данные о случаях обращения за оказанием медицинской помощи данному лицу в целях:

- моей идентификации и аутентификации при посещении сайта Оператора для использования Личного кабинета, в том числе при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;
- установления со мной обратной связи, включая направление уведомлений, оповещений, заключений, рекомендаций, касающихся оказания медицинских услуг, обработку запросов и заявок от меня;
- предоставления мне доступа к сервисам, информации и/или материалам, содержащимся на сайте Оператора;
- идентификации лица, представляемого Пользователем в силу закона, с целью оказания данному лицу медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при наличии такого лица).

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с предоставленными персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я предоставляю Оператору право осуществлять обработку предоставленных персональных данных как с использованием, так и без использования средств автоматизации, с использованием электронных каналов связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, в том числе посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС, ОМС и договорами об оказании платных медицинских услуг при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Я предоставляю Оператору право предоставлять персональные данные (в т.ч. содержащие сведения, составляющие врачебную тайну), лицам/организациям, обслуживающим на основании договоров, заключенных с Оператором, информационные системы и сервисы, обеспечивающие использование Личного кабинета на сайте Оператора в сети Интернет.

Я предоставляю Оператору право предоставлять персональные данные (в т.ч. содержащие сведения, составляющие врачебную тайну) страховым организациям, Территориальному фонду ОМС, Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным

медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Я согласен на информирование меня Оператором по указанному номеру телефона для осуществления возможного оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и консультирования меня по этому поводу.

Настоящим я подтверждаю, что предоставленные мной в БУЗОО «МИАЦ» персональные данные являются достоверными, я имею право на их предоставление, я беру на себя ответственность за достоверность и законность предоставления персональных данных.

Я уведомлен о том, что в любой момент времени, письменно обратившись к Оператору, вправе запросить перечень наименований и адресов любых получателей, предоставленных персональных данных, ознакомиться с имеющимися у Оператора персональными данными, обратиться с просьбой о предоставлении дополнительной информации в отношении хранения и обработки персональных данных или же потребовать внесения любых необходимых изменений в персональные данные для их уточнения.

Передача предоставленных персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, если разглашение этих данных может осуществляться только с моего письменного согласия, не допускается, за исключением установленных законодательством случаев.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, направив Оператору уведомление на e-mail: mias_mail@minzdrav.omskportal.ru, с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных».

В случае получения моего уведомления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи.

Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, подписание настоящего согласия осуществляется мной осознанно и добровольно.

Я согласен(на) с тем, что текст настоящего согласия, данного мной по собственной воле хранится в электронном виде в базе данных или на бумажном носителе и подтверждает факт согласия на обработку представленных персональных данных в соответствии с вышеизложенными положениями.