

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим даю согласие ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, расположенному по адресу: г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, ОГРН 1037739447525, ИНН/КПП 7724075162/772401001 (далее – «Оператор персональных данных») на обработку и использование моих (или представляемого лица) персональных данных, в целях оказания медицинской помощи, в том числе: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии) в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС, если применимо); наименование страховой компании, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (ОМС, если применимо); анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид, условия, сроки, объем, результат оказанной медицинской помощи и медицинских услуг; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей. Эти действия могут включать: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными с учетом действующего законодательства.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, передачи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий мои персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных и биометрических данных на основании настоящего согласия.

Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, а также по работе с платными медицинскими услугами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии) 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие действует бессрочно со дня его подписания.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я осведомлен(а) о моем праве отозвать согласие на обработку персональных данных посредством направления письменного заявления заказным почтовым отправлением с описью вложения, либо вручено лично под роспись уполномоченному представителю ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Учреждение обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи (если применимо) или в течение тридцати дней.

Я даю согласие на ознакомление с материалами и информацией, касающимися моего состояния здоровья, результатов обследований, анализов и других медицинских документов, содержащих мои персональные данные.