Приложение №4 к

Правилам обработки персональных данных в Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Бирилюсская районная больница»

**Согласие пациента**

**на обработку персональных данных**

|  |
| --- |
| **несовершеннолетнего (недееспособного) пациента и его законного представителя** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заполняетз**аконный представитель**  | Я,

|  |
| --- |
| (фамилия, имя, отчество) |

проживающий (-ая) по адресу:

|  |
| --- |
|  |

серия и номер паспорта, дата выдачи, кем выдан:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 |
|  |
| **Сведения о несовершеннолетнем пациенте** |
| ФИО:

|  |
| --- |
|  |

проживающий (-ая) по адресу:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

данные документа, удостоверяющего личность (паспорт или свидетельство о рождении):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 |

Оператор: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бирилюсская районная больница», зарегистрированное по адресу: 662120, Российская Федерация, Красноярский край, Бирилюсский район, село Новобирилюссы, улица Советская, д.187 (ОГРН: 1022401158163, ИНН: 2405002063).

**Перечень действий** с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление, блокирование, уничтожение.

**Обработка вышеуказанных персональных данных** будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной и неавтоматизированной) обработки персональных данных.

**Сроки обработки и хранения персональных данных**:

Настоящее Согласие действует с момента его представления Оператору и до отзыва субъектом персональных данных.

Отзыв настоящего Согласия осуществляется путем подачи Заявления на отзыв согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных следующими способами:

* направления письменного запроса Оператору по адресу: 662120, Российская Федерация, Красноярский край, Бирилюсский район, село Новобирилюссы, улица Советская, д.187;
* формы обратной связи на официальном сайте КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»;
* направления запроса на электронную почту: info@bir-med.ru.

Персональные данные уничтожаются:

* при достижении целей обработки персональных данных или в случае утраты необходимости в достижении целей обработки персональных данных, если иное не установлено законодательством РФ;
* при выявлении факта неправомерной обработки персональных данных;
* при отзыве субъектом персональных данных Согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных, если иное не предусмотрено законодательством РФ;
* при предъявлении субъектом персональных данных требования о прекращении обработки персональных данных, если иное не установлено законодательством РФ.

Даю согласие на обработку следующих персональных данных несовершеннолетнего пациента:

| **Сведения** | **Цели и правовое обоснование** |
| --- | --- |
| ФИО | Оказание медицинских услуг (в том числе платных) для физического лица и ведение медицинской документации - Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ, нормативные правовые акты Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти Красноярского края.Предоставление и уточнение информации в Государственную информационную систему в сфере здравоохранения Красноярского края – приказ Минздрава по Красноярскому краю от 23.12.2019 N 82-н. |
| дата рождения |
| место рождения |
| гражданство |
| пол |
| реквизиты свидетельства о рождении - серия, номер, кем и когда выдано, код подразделения |
| реквизиты паспорта - серия, номер, кем и когда выдано |
| реквизиты вида на жительство - серия, номер, дата и место выдачи документа |
| адрес регистрации |
| адрес фактического проживания |
| дата регистрации по месту |
| адрес для оказания медицинской помощи на дому |
| контактный телефон |
| наименование страховой медицинской организации |
| номер страхового полиса обязательного медицинского страхования |
| дата выдачи страхового полиса обязательного медицинского |
| СНИЛС |
| тип организованности (детский сад/школа) |
| сведения, содержащиеся в медицинской документации |

Даю согласие на обработку следующих персональных данных законного представителя:

| **Сведения** | **Цели и правовое обоснование** |
| --- | --- |
| ФИО | Оказание медицинских услуг (в том числе платных) для физического лица и ведение медицинской документации - Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ, нормативные правовые акты Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти Красноярского края.Взаимодействие для решения вопросов связанных с здоровьем ребенка – Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ.Предоставление и уточнение информации в Государственную информационную систему в сфере здравоохранения Красноярского края – приказ Минздрава по Красноярскому краю от 23.12.2019 N 82-н. |
| дата рождения |
| место рождения |
| родственное отношение к несовершеннолетнему пациенту |
| реквизиты паспорта - серия, номер, дата выдачи, код подразделения |
| контактный номер телефона, факс, адрес электронной почты |
| адрес фактического проживания |

Подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в Федеральном законе от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « \_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  |  |  |  |
|  |  | (личная подпись) |  | (расшифровка подписи) |