

накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (-а) со следующими действиями с персональными данными:

1. Обработка персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав/прав пациента при обработке персональных данных. При получении моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжать обработку персональных данных в случаях, предусмотренных законом или иными применимыми нормативно-правовыми актами.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Добровольное информированное согласие действует без ограничений срока.

Пациент/представитель пациента:

подпись _____

ФИО _____

« ____ » _____ 2022_г