

СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ (отказ от передачи данных в ЕГИСЗ)

Я, _____
СНИЛС* _____ телефон _____
Документ, удостоверяющий личность: _____ выдан _____
адрес места регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____

Согласен / Отказываюсь от согласия (**выбранное подчеркнуть**)

на передачу ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101, КПП 770201001, ююридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский пер., д. 19, стр. 13, эт 4, комната 11, фактический адрес: 123056, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15, (далее – Оператор) в **единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения** (далее — ЕГИСЗ) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)*, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ.

*В случае не предоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет не возможна.

Настоящий документ подписан мной на основании следующих нормативных актов:

- ст. 78 Федеральный закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- 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».

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее, чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
персональных данных полностью)