Согласие на передачу данных в ЕГИСЗ (отказ от передачи данных в ЕГИСЗ)

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения)

СНИЛС _____ телефон _____

Документ удостоверяющий личность _____

адрес места регистрации (с индексом): _____

адрес электронной почты (при наличии): _____

место работы (учебы), должность_____

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных полностью)

СНИЛС _____ телефон_____

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____, выдан «___» _____ _____, кем _____

адрес места регистрации (с индексом): _____

_____,

адрес электронной почты (при наличии) _____

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

_____

предоставляю право / не даю согласие (отказываюсь)

(нужное подчеркнуть)

на передачу ООО «ГЦП и КН «Медицинский центр Клиник-А» (ИНН 2721162883, КПП 272301001, ОГРН 1082721008831, 680045, г. Хабаровск, ул. Павла Леонтьевича Морозова, д.96, пом. 1, тел./факс: +7(4212) 47-00-00, электронная почта: klinik_a@mail.ru)

в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ) своих персональных данных (или персональных данных представляемого мною лица): фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, сведения об оказанной медицинской помощи, направление на госпитализацию, документы, формируемые при направлении пациентов в иные лечебные учреждения (выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, результаты оказания медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении, иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

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.

Дата «__» _____ 202__ г

V_____

(подпись)