

**СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЕГИСЗ
(ОТКАЗ ОТ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ В ЕГИСЗ)**

Я _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Согласен / Отказываюсь от согласия (*выбранное подчеркнуть*) на передачу ООО «Рекамедика» ОГРН 1232300057923 ИНН организации: 2311355521) (адрес местонахождения: 350042, Краснодарский край, город Краснодар, ул. Колхозная, д. 5/1, помещ. 11114) (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ») 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 непредоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет невозможна. При отказе от передачи данных в ЕГИСЗ дальнейших претензий к ООО «Рекамедика», по передаче данных в ЕГИСЗ не имею. Настоящий документ подписан мной на основании следующих нормативных актов: - ст. 78 Федерального 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.

(дата)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)