

ТОО «ZhanMed/ЖанМед»

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_

(по месту регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_,

(серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:**

**Я, паспорт:** \_\_\_\_\_

**выдан:** \_\_\_\_\_ **являюсь**  
**законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)**  
**ребенка или лица, признанного недееспособным:**

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 62 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения», подтверждаю свое согласие на обработку **ТОО «ZhanMed/ЖанМед»** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.**

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органам

исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке, установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Согласно Закона Республики Казахстан О персональных данных и их защите от 21 мая 2013 года № 94-V Статья 22, 23 для предотвращения утечки персональных данных предприняты правовые, организационные и технические меры.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (25 лет).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует 25 лет.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Контактный телефон(-ы):**

\_\_\_\_\_

**Почтовый адрес:**

\_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных**

\_\_\_\_\_

**Дополнительная информация:**

\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(должность, и., о., фамилия)