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

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

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: _____

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"_____
отметка о даче согласия / отказа

согласие на передачу ИП Егорян Д.С., ОГРН 323619600170133 адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, Кл. Красноармейская, д.178, 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 занимающая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных лекарственных препаратах, специализированных продуктах лечебного питания, сведения об оказанной медицинской услуге, 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), результаты оказания медицинской услуги, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, 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. Дальнейших претензий к ИП Егорян Д.С по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения) (фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных полностью)

«___» _____20___г. _____
(подпись)