

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____
 [Ф. И. О. полностью].

_____ [число, месяц, год рождения]
 зарегистрированный(ая) по адресу: _____
 [вписать нужное],

паспорт серия и номер _____,
 выдан _____,

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку ГБУЗ ПК «ГДКП №5», расположенной по адресу: г.Пермь, ул.Советской Армии 10, (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я 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 (документов), а также предоставления их _____

[указать конкретное лицо, которому могут предоставляться персональные данные, поскольку согласие должно быть однозначным].

срок хранения первичных медицинских документов составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Настоящее согласие дано мной _____
 [число, месяц, год]

и действует бессрочно.

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.

Субъект персональных данных: _____
 [подпись, инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]