

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

, зарегистрированный (ая) по _____

ПАСПОРТ РОССИИ

Серия:

Номер:

Выдан:

Кем:

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический многопрофильный центр» (далее - Оператор) моих персональных данных,

включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, место жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС(ДМС), данные о состоянии моего здоровья (анамнез), заболеваниях, случаях обращения за психиатрической помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным, в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему сыну, дочери, в возрасте до 15 лет, моему подопечному) медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения (обследования и лечения моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного).

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного) включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего сына, дочери, в возрасте до 15 лет, моего подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной _____ 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.

Телефон и подпись субъекта персональных данных _____