

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

1. Дата рождения _____ 2. Пол _____
(число, месяц, год) (женский, мужской)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон, дата рождения,

_____ документ удостоверяющий личность, документ подтверждающий полномочия)

*Примечание: пункт 6 заполняется в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» №152-ФЗ даю свое согласие

ГУЗ "Елецкая ГБ № 1 им Н.А.Семашко"

наименование и адрес учреждения здравоохранения

на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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.

Оператор имеет право на передачу моих персональных данных для дальнейшей обработки в региональных медицинских центрах и органах власти, осуществляющих руководство и контроль в области здравоохранения, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и медицинским страховым организациям, при условии заключения договоров, защищающих мои права со всеми участниками информационного обмена и соблюдения всеми участниками обмена норм хранения, обработки, ограничения доступа к персональным данным, предусмотренных законодательством РФ.

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

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.

Представитель Оператора

Субъект персональных данных

_____ (_____)
подпись расшифровка подписи

_____ (_____)
подпись расшифровка подписи

Дата _____

Дата _____