

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О.полностью),

Проживающий(ая) по адресу (месту регистрации): _____

паспорт серия и номер _____ № _____, дата выдачи _____

название выдавшего органа _____

номер телефона _____, адрес электронной почты _____

своей волей и в своём интересе подтверждаю своё согласие на обработку БУ "Пионерская районная больница" ОГРН _____, ИНН _____ расположенной по адресу: _____ моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 26, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформление договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: фамилия, отчество, имя, дата, месяц, год рождения, пол, адрес места жительства, контактный телефон, место работы (учёбы), должность (профессия), социальное положение, паспортные данные, сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования, сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного фонда (СНИЛС), сведения о льготах, сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности), результаты исследований, сведения об оказанных медицинских услугах, интимной жизни, сведения о судимости.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даётся согласие: обработка персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Категории и перечень переданных, для обработки которых пациент устанавливает условия и запреты: а также перечень условий и запретов (заполняется пациентом по желанию):

Условия, при которых полученные персональные данные могут передавать по внутренней сети клиники (заполняется пациентом по желанию): _____

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи в БУ "Пионерская районная больница" письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов БУ "Пионерская районная больница", права и обязанности в области защиты персональных данных пациента мне разъяснены.

« ____ » _____ г.

_____ подпись _____

ФИО пациента