

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента/законного представителя полностью)
паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____
зарегистрированный (ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных" даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью "РЕНОВАЦИО", находящимся по адресу: г.Красноярск, ул.Весны, 7Д (далее – Оператор), моих персональных данных с целью установления медицинского диагноза, назначения и проведения лечения, а также в медико-профилактических целях.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), сведения о регистрации по месту жительства и фактическом проживании, сведения об образовании, месте работы и должности, сведения о состоянии здоровья и заболеваниях, данные полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета, идентификационный номер налогоплательщика, номер телефона, адрес электронной почты.

В процессе оказания мне медицинской помощи Оператором я предоставляю медицинским работникам право передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора в целях моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, 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 обмен (прием и передачу) моими персональными данными с государственными органами с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по своей инициативе на основании письменного заявления, которое может быть направлено мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия в соответствии с частью 2 статьи 9, пунктом 4 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

(подпись)

" " _____ г.