

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся **{фио пациента}**, проживающий по адресу: {адрес_пациента} документ, удостоверяющий личность: паспорт {паспорт_пациента} своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ООО адрес места нахождения.; данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: , ОГРН; Лицензия на осуществление медицинской деятельности, моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст. ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания высококвалифицированной консультативно-рентгено- диагностической помощи, оформления договорных отношений с пациентом.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; дата и место рождения; пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); контактный номер телефона; сведения об оказанных медицинских услугах.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. 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). Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.

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 мной путем подачи в ООО письменного заявления об отзыве согласия. Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ООО, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены: {текущая_дата} года

✓ _____

/ {фио_пациента_(сокращенное)}

(подпись)(расшифровка подписи пациента)