

Согласие пациента на обработку его персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О полностью)

Проживающий (ая) по адресу _____

Паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(Кем и когда)

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, а также в целях организации внутреннего учета Оператора и предоставления различной отчетности в организации, касающиеся медицинской деятельности.

Даю свое согласие на обработку своих персональных данных (далее - ПДн) государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская клиническая больница № 5» (ГБУЗ «ГКБ № 5») г. Оренбурга, расположенному по адресу: Россия, 460052, г. Оренбург, ул. Салмышская д. 13 (далее - Оператор).

Своей волей и в своем интересе принимаю решение о предоставлении в ГБУЗ «ГКБ № 5» г. Оренбурга своих ПДн в составе: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; паспортные данные; гражданство; свидетельство о рождении; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; контактный телефон; полис ОМС; СНИЛС; данные об образовании, профессии, должности и месте работы или учебы; сведения о социальном статусе; данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующий перечень действий (операций) с моими ПДн, а именно: сбор, систематизация, накопление, передачу ПДн определенному кругу лиц, хранение, использование, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, уничтожение совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих ПДн соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, пять лет – для поликлиники).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время на основании моего письменного заявления.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия, Оператор обязан прекратить их обработку, в случае если сохранение ПДн более не требуется для целей обработки ПДн, а также оператор должен уничтожить мои ПДн в течение тридцати дней со дня принятия отзыва.

Согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации или до отзыва согласия.

Я обязуюсь в случае изменений моих ПДн предоставить оператору актуальные ПДн в течение 30 дней, с момента изменения соответствующих ПДн.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Подпись)

(Инициалы, фамилия)