

ГБУЗ МО «Подольский врачебно-физкультурный диспансер»

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____, «____» _____ г. рождения
(Ф.И.О. гражданина полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

зарегистрированного по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина)

паспорт, серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
(далее пациент)

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____, «____» _____ г. рождения
(Ф.И.О. полностью законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

зарегистрированного по адресу: _____
(адрес места жительства законного представителя)

паспорт, серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
(указывается нужное)

пациента (ребенка или гражданина, признанного не дееспособным) _____
(указывается нужное)

_____ «____» _____ г. рождения
(указывается Ф.И.О. пациента полностью)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)

В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «Об персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации: ГБУЗ МО «Подольский врачебно-физкультурный диспансер», расположенный по адресу: Московская область, г.о. Подольск, г. Подольск, ул. Большая серпуховская д. 56 пом. 1,

(далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, СНИЛС, ИНН, номер полиса обязательного медицинского страхования, место работы (учебы) (названия организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность и т.д.), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований и осмотра.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- 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 обязано сохранять врачебную тайну;
- осуществления приема и передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «Об персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области.

Предоставляю Оператору право осуществлять любые действия (операцию) или совокупность действий (операций), совершенных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь) в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания в течение неопределенного срока, до дня отзыва настоящего документа.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. сотрудника организации)
"____" _____ г.
(дата начала обработки персональных данных)