

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____,
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

проживающий по адресу _____,
(место регистрации)

паспорт _____,
(серия и номер, дата выдачи, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (далее - Оператор) свои персональные данные и даю **согласие на их обработку**, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью **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 обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Почтовый адрес и контактный телефон(ы) _____

Подпись субъекта персональных данных _____

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

Я, (ФИО) _____

являюсь законным представителем пациента (ФИО) _____

Дата рождения законного представителя _____

Адрес законного представителя _____

Документ, удостоверяющий личность законного представителя (серия и номер паспорта) _____

Родственные отношения с пациентом _____

Свидетельство, постановление об установлении опеки, попечительства _____

Осведомлён(а) о необходимости обработки персональных данных пациента.

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения число: _____ месяц: _____ год: _____ Пол: М / Ж

Адрес: _____ Телефон _____

Паспорт _____

(серия и номер, дата выдачи, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» (далее - Оператор) персональные данные пациента и даю **согласие на их обработку**, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью **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 обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными пациента, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие дано мной, законным представителем, _____

(дата)

и действует бессрочно

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных пациента Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной пациенту до этого медицинской помощи.

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____

Контактный телефон _____