ЗАЯВЛЕНИЕ

o согласии на обработку персональных данных

# Я, ,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

# даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

(полное наименование медицинской организации) ,

# (далее Оператор) на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения

(число, месяц, год)

# Пол

(женский, мужской - указать нужное)

# Документ, удостоверяющий личность

(наименование, номер и серия документа

кем и когда выдан)

# Адрес проживания

(почтовой адрес проживания)

# Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

# Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

# Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

# Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

# **Примечание: Пункты с 7 по 10 заполняются том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина РФ.**

# В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку организацией:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (полное наименование медицинской организации)

# (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, контактные телефоны, адрес электронной почты, данных о состоянии моего здоровья 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. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, должностным лицам Оператора, в иные медицинские организации и привлеченным специалистам в рамках проведения врачебного консилиума и в научных целях, а также обучающимся в рамках практической подготовки по образовательным программам медицинского образования, в страховые медицинские организации в интересах моего обследования и лечения.

# Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение; даю согласие на получение рассылок о медицинских услугах Оператора.

# Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

# Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

# **Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. и действует бессрочно.**

# Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

# В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

# а) прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

# б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

**Дата**

**Подпись пациента**