

В {clinic_name}
(наименование медицинской организации)
адрес: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {patient_full_name} (Ф.И.О. субъекта персональных данных), «__» _____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ N _____, выдан «__» _____ г. _____, руководствуясь **ст. ст. 9, 10** Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие _____ (наименование и адрес медицинской организации) (далее - Оператор) (вариант: указать наименование или Ф.И.О. лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: _____.

В соответствии с **п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10** Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Стороны договорились, что для подписания настоящего Заявления применяется электронная подпись. Стороны признают юридическую силу направленного/полученного Сторонами Заявления, подписанного с использованием простой электронной подписи, считают такой документ равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью Сторон, и обязуются не оспаривать законность и действительность указанного электронного документа только на том основании, что он совершен в электронной форме, в том числе с использованием простой электронной подписи.

{patient_full_name} «__» _____ г.
(электронная подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено «__» _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: {clinic_full_name}