

Заявление  
пациента о согласии на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ года рождения;

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего паспорт)

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную(информационные ресурсы Оператора: e-mail: belstomsp1@mail.ru), 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.

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.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

Пациент: ✓ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Согласие получено: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /