

от _____

(Ф.И.О. Пациента)

" ____ " _____ года рождения,

зарегистрированного по адресу: _____

телефон: _____,

адрес электронной почты: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о
дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, действуя в своих интересах в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ДЖИ ЭМ ЭС ХОСПИТАЛ» (ОГРН 1167746053749, ИНН 7708278775) (далее - «Оператор») на обработку следующих персональных данных (далее – персональные данные):

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, адрес, контактные телефон(ы) (домашний и мобильный), адрес электронной почты, тип документа, удостоверяющего личность, данные документа, удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания, фотография, данные страхового номера индивидуального лицевого счета, профессия, место работы и должность, семейное положение, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении углубленных медицинских обследований и медицинских осмотров, заключения врачей.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление всех действий (операции) в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Оператор осуществляет обработку персональных данных как автоматизированным, так и неавтоматизированным способами. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора.

Я согласен, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять персональные данные, в том числе данные о состоянии здоровья, лечения и обследования органам государственной власти и организациям в рамках осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует установленному действующим законодательством РФ сроку хранения документов, составленных в отношении потребителя медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента представления до момента достижения цели обработки персональных данных. Я оставляю за собой право отозвать 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.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в своих интересах.

Настоящее согласие дано мной с подтверждением того, что указанные персональные данные проверены и внесены верно:

(ФИО Пациента)

(подпись)

_____/_____
20 ____ г.
(дата)