

Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

Адрес регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, орган, выдавший документ, дата выдачи): _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Челябинский областной центр реабилитации» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 454082, г. Челябинск, ул. Чапаева (Смолинский), 122, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических мероприятий в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, номер полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

При этом под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении им медицинской деятельности. В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты стационарного больного (форма медицинской документации № 003/у) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«_____» _____ 202__ г.

_____/_____/_____
Подпись /ФИО субъекта персональных данных/