

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ (Ф.И.О. полностью),
Проживающий адресу: _____
_____ (по месту регистрации),

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152 – ФЗ “О персональных данных“, подтверждаю своё согласие на обработку в ГБУЗ ЛОНД моих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью 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 ГБУЗ ЛОНД мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ГБУЗ ЛОНД, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ГБУЗ ЛОНД право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использования, обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ ЛОНД вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчётные формы. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данными иным лицам или иное их разглашение может осуществлять только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ ЛОНД по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГБУЗ ЛОНД. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ГБУЗ ЛОНД обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____/_____/

Расписался в моем присутствии: _____

(должность, ФИО мед. работника)