

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(ФИО пациента полностью)
действующий в интересах несовершеннолетнего _____
(ФИО пациента полностью)

документ, удостоверяющий личность пациента, серия, номер, кем выдан и дата выдачи
Зарегистрированный (ая) по адресу _____
даю согласие БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 1» (далее – Оператор), юридический адрес:
162622, Россия, Вологодская обл., г. Череповец, ул. Милютина, д. 6, на обработку своих персональных данных и
персональных данных несовершеннолетнего _____
(ФИО пациента полностью)

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях осуществления расчетов за медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, выполнения Оператором обязательств, предусмотренных нормативно-правовыми актами и/или договорами:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- пол;
- дата рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- место жительства;
- место регистрации;
- дата регистрации;
- контактные телефоны;
- место работы;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в системе обязательного пенсионного страхования;
- реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, полученных рекомендациях;
- реквизиты выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу;
- стоимость оказанной медицинской помощи.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в документальной и электронной форме автоматизированным и неавтоматизированным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора в целях, указанных в данном согласии.

Я разрешаю направлять SMS-сообщения на указанный мобильный телефон и электронные письма на указанный электронный адрес для информирования о новых услугах, о проводимых акциях, мероприятиях, скидках.

Настоящее согласие действительно с момента подписания и в течение срока, установленного законодательством Российской Федерации, для достижения целей, указанных в данном согласии.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Данное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которым обработка персональных данных, осуществляемая на основании федерального закона либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Прошу не уведомлять об окончании обработки моих персональных данных.

_____ дата _____ личная подпись пациента _____ расшифровка

Сотрудник БУЗ ВО «Череповецкая детская городская
поликлиника № 1» _____

должность сотрудника

_____ дата _____ личная подпись сотрудника _____ расшифровка