

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПЕЧЕНГСКАЯ
ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"

184430, Мурманская область, Печенгский район, город Заполярный, Терешковой ул., д.2а

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

Зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

_____: серия _____ № _____ выдан _____

Даю согласие на обработку ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ПЕЧЕНГСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА" 184430, Мурманская область, Печенгский район, город Заполярный, Терешковой ул., д.2а, моих персональных данных, (данных моего (моей) сына, (дочери) (нужное подчеркнуть)

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; адрес места жительства, контактный(е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии его 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует до окончания срока хранения моих первичных документов либо до моего отзыва названного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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.

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

(дата)