

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку (передачу) персональных данных

Я, _____
(ФИО)
адрес регистрации _____
паспорт (серия, номер) _____ выдан _____
(кем, когда)

руководствуясь статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие оператору персональных данных - БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР» на обработку, использование и передачу своих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта, данные полиса ОМС, СНИЛС;

- сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, данные о результатах медицинского обследования, выдаче медицинского заключения, информация о состоянии моего здоровья, наличии заболевания, установленном диагнозе и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

Предоставляю право БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР» передавать мои персональные данные, в отношении которых даётся данное согласие, государственным органам и страховым компаниям по их запросу в целях подтверждения запрашиваемой информации для оказания соответствующей услуги этими государственными органами или страховыми компаниями в моих интересах.

Передача сведений, содержащих мои персональные данные, может быть осуществлена с использованием машинных носителей или по открытым каналам связи сети Интернет на электронную почту, указанную запрашиваемым государственным органом или страховой компанией.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё 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.

Дата подписания «_____» _____ 20____ г.

Подпись пациента _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

Пациент подписался в моем присутствии _____ / _____
(подпись врача) (должность, расшифровка)