

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
на оказание платных медицинских услуг

Я, _____,
_____, зарегистрирован(а)
по адресу: _____,
паспорт _____ № _____, выдан _____

в соответствии со ст. 9, , ст. 10.1. Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим даю согласие на обработку и передачу (распространение) бюджетным учреждением здравоохранения Орловской области «Плещеевская ЦРБ» (далее Учреждение) моих персональных данных, в целях создания условий на получение медицинской услуги и осуществления контроля над ее объемом и качеством.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, паспортные данные, номер полиса ОМС (ДМС), домашний и мобильный телефоны, место работы, место регистрации и жительства и другие персональные данные, полученные Учреждением при оказании медицинской услуги.

Настоящим предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в случае официального запроса в интересах пациента), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трёх рабочих дней) направлять их оператору для коррекции.

Учреждение вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Я утверждаю, что ознакомлен (а) с документами поликлиники, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно, если иное не указано ниже, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Учреждения соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Учреждения.

_____/_____ (ФИО пациента/ законного представителя)

«___» _____ 202_ года