

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (Ф.И.О. полностью):

Проживающий по адресу (по месту регистрации):

Рязанская обл, Рязань

Паспорт (серия, номер, дата и название выдавшего органа):

выдан:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ и статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением Рязанской области "Областной клинический кожно-венерологический диспансер" (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией с использованием машинных носителей информации, по каналам связи, и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в соответствии с действующим законодательством.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 16 Мая 2024 г. и действует бессрочно.

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

- прекратить их обработку;

- по истечении срока хранения моих персональных данных уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной системы Оператора, включая все копии на машинописных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Контактный телефон _____

Почтовый адрес: Рязанская обл, Рязань г, |

Подпись субъекта персональных данных _____