

**СОГЛАСИЕ  
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Дата рождения: \_\_\_\_\_,

зарегистрированн\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

являясь законным представителем \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью)

Дата рождения: \_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

зарегистрированн\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_,

что подтверждается \_\_\_\_\_,  
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя, дата выдачи, номер)

в соответствии с требованиями статей 9, 10, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку в

СПб ГБУЗ «ПНД №2»

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, должность, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями п.п. 3,4 ч. 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанная передача персональных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты. По истечении указанного срока хранения, Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ г.

Согласие получено "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_/  
(должность, подпись, Ф.И.О.)