

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____
(ФИО полностью, дата рождения)

Паспорт гражданина Российской Федерации Серия _____ № _____, выдан _____

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (ая) адресу: _____

Проживающий (ая) адресу: _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)
<small>(ФИО, дата рождения и сведения о документе, удостоверяющем личность, представляемого лица)</small>
Зарегистрированный (ая) адресу: _____
Проживающий (ая) адресу: _____
Действующий от имени субъекта персональных данных на основании: Серия № _____, выдан _____ <small>(указать реквизиты документа)</small>

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

(Наименование и адрес оператора)

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом), государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением «Свердловский областной медицинский колледж» для осуществления им деятельности по уведомлению о необходимости проведения медицинских исследований или оказания медицинских услуг с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок в течение которого действует согласие: бессрочно.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Дата

Подпись

ФИО