

Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, ФИО , дата рождения

Адрес (по месту регистрации):

Паспорт: серия, №

Выдан:, дата:,

Далее - «Субъект персональных данных».

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Поликлиника «Лекон»., находящемуся по адресу: ул. Зеленая, д. 3А, далее «Оператор», моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медикопрофилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

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 право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством,

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по передаче отчетных форм в случаях, предусмотренных действующим законодательством, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные.

<ПАЦИЕНТ_ПОДПИСЬ> / _____ / _____

Даю согласие получать информацию о ходе лечения, результатах анализов и акциях на тел.: _____, e-mail: _____

<ПАЦИЕНТ_ПОДПИСЬ> / _____ / _____