Утверждена приказом № _____ от «___» _____ 201__ года

(ФОРМА)
Согласие на обработку персональных данных пациента ГБУЗ "Районная больница с. Кунашак"

Я, _____, проживающий(ая) по адресу: _____, паспорт серии _____, номер _____, выданный _____ "___"_____ _____ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Районная больница с. Кунашак» (далее - ГБУЗ «Районная больница с. Кунашак»), расположенному по адресу: Челябинская область, Кунашакский район, с. Кунашак, ул. Больничная, д. 1 на обработку моих персональных данных (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств), а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, серия, номер документа удостоверяющего личность, дата выдачи документа, кем выдан, сведения о состоянии здоровья (диагноз), полис ОМС, адрес регистрации (места жительства), контактный телефон

в целях оказания платных медицинских и медико-социальных услуг, осуществления медико-профилактических целей.

Предоставляю ГБУЗ "Районная больница с. Кунашак" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ «Районная больница с. Кунашак» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Согласен на передачу моих персональных данных третьим лицам в объеме, необходимом для реализации вышеуказанных целей.

Срок хранения моих персональных данных: до утраты правовых оснований обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ "Районная больница с. Кунашак" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку сотруднику ГБУЗ "Районная больница с. Кунашак".

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ГБУЗ «Районная больница с. Кунашак» обязан прекратить их обработку в течение установленного законом периода времени.

«_____»_____ 20___г. _____ _____
(подпись) (ФИО)