

Согласие на обработку персональных данных пациента

г. **Пятигорск**, « _____ » _____ **20** ____ г.

Я, нижеподписавшийся(ая):

ФИО: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

_____ « ____ » _____ г.

Адрес регистрации: _____

Телефон: _____

действуя свободно, своей волей и в своем интересе, являюсь дееспособным и согласие является конкретным, информированным и сознательным в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие:

Оператору: Индивидуальному предпринимателю Шухнину Ростиславу Евгеньевичу ОГРНИП 304264703000180 от 06.02.2003, ИНН 262700264207 ведущему медицинскую деятельность по адресу г. Пятигорск, проспект Кирова 18, пом 10, осуществляющему медицинскую деятельность на основании лицензии № Л041-01197-26/00357045 от 12.10.2020

на обработку моих персональных данных, включая специальную категорию (сведения о состоянии здоровья), на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- Фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол;
- Паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность;
- Адрес регистрации и фактического проживания, контактные телефоны;
- Сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах, результатах лечебно-диагностических мероприятий, анамнезе, наличии льгот и инвалидности;
- Иные данные, необходимые для качественного оказания медицинских услуг.

2. Цели обработки персональных данных:

- Организация и оказание мне квалифицированной медицинской помощи;
- Ведение медицинской карты пациента и иной учетной документации;
- Заключение и исполнение договора и приложений к договору на оказание платных медицинских услуг;
- Для записи на прием и направления уведомлений касательно приема.

3. Перечень действий с персональными данными:

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) в случаях, предусмотренных законодательством РФ (в т.ч. в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения – ЕГИСЗ, если не подписан отказ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение. Обработка может осуществляться как автоматизированным, так и неавтоматизированным способами.

4. Срок действия согласия:

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение срока хранения медицинской карты пациента, установленного законодательством РФ, или до момента его отзыва.

5. Порядок отзыва согласия:

Согласие может быть отозвано мной в любой момент на основании письменного заявления, поданного Оператору. В случае отзыва согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без него только при наличии оснований, указанных в пунктах 2–11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с Политикой обработки персональных данных Оператора.

Подпись пациента: _____ / _____