

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЛПУП «ПЯТИГОРСКАЯ БАЛЬНЕОГРЯЗЕЛЕЧЕБНИЦА»

Я, _____ " " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку в ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница» (далее – Оператор) моих персональных данных/ персональных данных представляемого мною лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, паспортные данные, дата рождения, ИНН, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, сведения, прямо относящиеся к моей личности/личности представляемого мною лица.

Настоящее согласие дается для обработки информации в информационной системе персональных данных Оператора, включая передачу полученной информации по локальной сети Оператора, без передачи по сети Интернет. Под обработкой персональных данных понимается осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных ниже целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, смешанную обработку данных, в целях исполнения обязательств по договору на оказание мне платных медицинских услуг и вытекающих вследствие его исполнения, обязательств Оператора, предусмотренных действующим законодательством. Для оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора по локальной сети, в интересах моего лечения/ представляемого мною лица.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

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

Я уведомлен(а), что срок хранения персональных данных, обрабатываемых Оператором при оказании платных медицинских услуг соответствует сроку хранения документов бухгалтерского учета и составляет не менее пяти лет с момента истечения срока действия договора либо после прекращения обязательств по договору.

Настоящее согласие действует со дня подписания на срок предоставления медицинских услуг и дальнейшей обработки информации в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ для хранения документации в организациях. Мне разъяснено право отозвать данное согласие посредством составления заявления в простой форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Указанное заявление может быть направлено в адрес Оператора любым удобным для меня способом.

Подпись субъекта персональных данных (Потребителя/Законного представителя)

_____/_____
Подпись (ФИО полностью)

Дата подписания согласия: « _____ » _____ 202_ года