

СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавший(-ая)ся _____
(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу _____
(по месту регистрации)

Паспорт серия _____ номер _____, выдан _____
в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на
обработку _____
(название и адрес медицинского учреждения) (далее – Оператор)

моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса
ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья,
заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и
оказания медицинских услуг.

В процесс оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право должностным лицам Оператора, передавать мои
персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и
лечения.

Я, представляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну при взаимодействии
Оператора со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом обязательного медицинского страхования Костромской области,
при осуществлении обязательного медицинского страхования (оплата медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи и др.).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата).

Подпись субъекта персональных данных _____