

Согласие пациента на обработку персональных данных с целью проведения заочной консультации

Я, нижеподписавшийся (шаяся) _____
Ф.И.О. полностью

проживающий (щая) по адресу _____

паспорт серия _____ номер _____, выдан « _____ » _____ г.
по месту регистрации
дата выдачи паспорта

название органа выдавшего паспорт

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан;

Я:

Паспорт, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка _____ или _____ лица, _____ признанного _____ недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку (на бумажных носителях, с использованием электронных носителей информации, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом) Федеральным государственным бюджетным учреждением «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пенза), 440071, г. Пенза, ул. Стасова, 6 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес электронной почты, контактный номер телефона, реквизиты документа удостоверяющего личность. С целью оказания услуг посредством личного кабинета на официальном сайте Оператора. Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п. 1 ст. 14 Федерального закона от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ).

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне разъяснён.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. от 05.04.2013) «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной «__»_____ и действует бессрочно.

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

Контактный телефон(ы)_____ и почтовый адрес субъекта персональных данных _____

«__»_____ 20__ г.

_____/_____

Подпись