

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Субъект персональных данных, _____

(ФИО полностью, дата рождения)

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (ая) адресу: _____

Проживающий (ая) адресу: _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

(ФИО, дата рождения и сведения о документе, удостоверяющем личность, представляемого лица)

Зарегистрированный (ая) адресу: _____

Проживающий (ая) адресу: _____

Действующий от имени субъекта персональных данных на основании:

Серия №, выдан,

(указать реквизиты документа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области "Стоматологическая поликлиника № 12 город Екатеринбург", 620090, РОССИЯ, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ, Г ЕКАТЕРИНБУРГ, ТЕХНИЧЕСКАЯ УЛ, д. 28,

(Наименование и адрес оператора)

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа

Срок в течение которого действует согласие: действует со дня его подписания до дня отзыва согласия.

Способ отзыва согласия: посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Дата

Подпись

ФИО