

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____

проживающий по адресу _____

документ, удостоверяющий личность (вид) _____, № _____
выдан _____

тел.: ____ - ____ - ____ - ____ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. 152-ФЗ, и статьи 20 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку: ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ» (далее - Учреждение) моих персональных данных, данных 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. В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

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

« ____ » _____ 20__ года

_____/_____/_____
ФИО пациента / подпись пациента