

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, (пациент ФИО полное), паспорт (серия №, выдан, дата, выдачи, кем выдан), адрес регистрации.

Подтверждаю свое согласие на обработку организацией ООО "ИВИС", находящемся по адресу: 644073, РФ, г. Омск, ул. 70 лет Октября, д.13 корп.3 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, тип документа удостоверяющего личность, данные документа удостоверяющего личность, адрес регистрации и данных, содержащихся в вышеуказанных документах, контактный телефон (в том числе сотовый), адрес электронной почты, ИНН, медицинской карты амбулаторного больного, выписки из медицинской карты стационарного больного, выписки из медицинской карты амбулаторного больного, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаю обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

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

Предоставляю право Оператору осуществлять действия (операции) с персональными данными, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, извлечение, использование, обезличивание, уничтожение персональных данных. Разрешаю Оператору систематизировать, хранить, использовать, обезличивать, уничтожать и передавать, в том числе по каналу интернет в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения копии предоставленных мною вышеуказанных документов.

Срок хранения моих персональных данных составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мною <Дата> 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.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены в понятной для меня форме. В подтверждении вышеизложенного нижеподписавшийся субъект персональных данных подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

Дата

ПАЦИЕНТ_ФИО