

Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Городская детская больница» города Пятигорска
О.В. Никулину

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя/несовершеннолетнего старше 15 лет)
проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес места постоянной регистрации)

предъявитель паспорта _____
(серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе)

заполняется законным представителем

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(Ф.И.О. ребенка, год рождения)
действуя на основании _____

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

даю свое согласие ГБУЗ СК «ГДБ» г. Пятигорска (далее – Оператор), расположенному по адресу 357519, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Пушкинская, д. 4, на обработку моих персональных данных (персональных данных ребенка), **включающих:** фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, в том числе свидетельства о рождении, данные полиса обязательного медицинского страхования, данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, адрес регистрации и фактического проживания, место учебы, контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, иные сведения, необходимые для оказания медицинской помощи, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, – с момента подписания настоящего согласия до момента истечения сроков хранения персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными ребенка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя главного врача Оператора, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку работнику Оператора, ответственному за регистрацию обращений и запросов субъектов персональных данных или их представителей.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия Оператор прекращает обработку персональных данных, а персональные данные подлежат уничтожению, если отсутствуют иные правовые основания для обработки, установленные законодательством Российской Федерации.

_____ 20__ года

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)