СОГЛАСИЕ

пациента на обработку своих персональных данных

Я, _____.

ФИО (полностью)

Дата и год рождения: _____.

Адрес постоянной регистрации: _____.

Паспорт _____.

_____

(серия, номер, дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ “О персональных данных», даю своё согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Орловская Глазная Клиника». (302028, Орловская область, г. Орел, ул. Гуртьева, д. 27, строение 2, пом.1) на обработку сведений, составляющих мои персональные данные, а именно: паспортные данные: номер, серию паспорта, фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, кем и когда выдан паспорт, регистрация по месту жительства, контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью. Предоставляю право осуществлять сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), анализ, хранение, использование, распространение, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, а также обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры и отчетные формы), в интересах моего обследования и лечения.

Наделяю Общество с ограниченной ответственностью «Орловская Глазная Клиника» правом предоставления информации моих персональных данных в порядке, установленном ФЗ №152 от 27.07.06 и в объеме, который необходим для выполнения функций государственными представителями или по официальному запросу с указанием мотивированной цели сбора информации.

Срок хранения моих персональных данных соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Предоставленные мной данные должны быть уничтожены по моему письменному требованию в течение 60 дней, с даты получения требования об их уничтожении.

Контактный телефон: _____. Эл.почта: _____

_____ _____ /_____/.

(Дата оформления) (подпись) (ФИО)