

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку персональных данных, разрешенных для распространения
Я,

_____ ,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

_____ ,

в соответствии с п. 9 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», зарегистрирован(а) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность:

Паспорт гражданина Российской Федерации, _____, выдан _____,

_____ ,

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе),
_____ , (контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты))

в целях оказания мне медицинской помощи даю согласие Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области "Поликлиника №3" (далее - Оператор), находящемуся по адресу: Орловская обл., г. Орёл, ул. Комсомольская, д.32 (ИНН 5752015274, ОГРН 1025700787672) (информационные ресурсы Оператора: e-mail: buz_pol3@orel-region.ru) на обработку в форме распространения моих персональных данных, включая фамилию, имя отчество, пол, дату рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС, ДМС, СНИЛС, сведения о состоянии моего здоровья, о случаях обращения за медицинской помощью, при условии сохранения Оператором врачебной тайны.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«___» _____ г.

Субъект персональных данных: _____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О.)