

ООО " Клиника Кожных Болезней Пьера Волькенштейна"
191123 г. Санкт-Петербург ул. Рылеева дом 24



| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Код ОГРН | 1 | 1 | 4 | 7 | 8 | 4 | 7 | 1 | 5 | 0 | 9 | 3 | 4 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью),
зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Кожных Болезням Пьера Волькенштейна», расположенное по адресу: 191123, г. Санкт-Петербург, ул. Рылеева, д. 24, литер А, помещение 1Н (далее – Учреждение-Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные 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-оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными: - обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом. - обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы. - передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Срок использования моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия. Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Клиника Кожных Болезней Пьера Волькенштейна».

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением- оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ расшифровка подписи _____