

В _____ (далее - Оператор)
(наименование медицинской организации)

Заявление
пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
" ____ " _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
_____,
паспорт: серия _____ N _____, выдан " ____ " _____ г. _____,

_____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Оператору в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на срок: 5 лет. Выражаю свое согласие на предоставление результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, и прошу направлять результаты лабораторных исследований на нижеуказанный адрес электронной почты:

О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, предупрежден(а). Клиника не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу.

(подпись, Ф.И.О.) " ____ " _____ г.

В _____ (далее - Оператор)
(наименование медицинской организации)

Заявление
пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
" ____ " _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
_____,
паспорт: серия _____ N _____, выдан " ____ " _____ г. _____,

_____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Оператору в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на срок: 5 лет. Выражаю свое согласие на предоставление результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, и прошу направлять результаты лабораторных исследований на нижеуказанный адрес электронной почты:

О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, предупрежден(а). Клиника не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу.

(подпись, Ф.И.О.) " ____ " _____ г.