

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О.)

паспорт: серия _____ N _____,
выдан _____
(наименование выдавшего органа)

дата выдачи _____,
проживающий/ая по адресу: _____

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона "О персональных данных" N 152-ФЗ от 27.07.2006, подтверждаю своё согласие на обработку ГБУ ЦСР «Витязь»(наименование организации, осуществляющей обработку данных и ее адрес) (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в реестр оказания социальных услуг.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует _____ (указывается срок действия согласия)/либо бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в _____ срок.

"__" _____ 20__ г. _____
(подпись) (Фамилия, инициалы)

Согласно постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 об утверждении «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» : до заключения договора ГБУ ЦСР «Витязь» в письменной форме уведомляет

Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____ заказчик _____ директор