

## Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ Дата рожд. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер», расположенным по адресу: г. Йошкар-Ола, ул. Я. Эшпая, 147 (далее – Учреждение-оператор), персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) персональных данных неавтоматизированным способом.

- обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

- обмен (прием и передача) персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- передачу персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи 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.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов в ГБУ Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер»

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Согласие пациента на обработку персональных данных

образец

Я, Иванова Ирина Игоревна Дата рожд. 01.01.2000  
(Ф.И.О. полностью)проживающий по адресу: г. Йошкар-Ола, ул. Советская, д. 1, кв. 1Паспорт № 8801 234567, выданный МВД по Республике Марий Эл 11.11.2012

в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер», расположенным по адресу: г. Йошкар-Ола, ул. Я. Эшпая, 147 (далее – Учреждение-оператор), персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) персональных данных неавтоматизированным способом.

- обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

- обмен (прием и передача) персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- передачу персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи 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.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов в ГБУ Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер»

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Дата: 12.02.2024 г. Подпись Юстис И.И. Иванова И.И.