СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____
фамилия, имя, отчество полностью
паспорт серия _____ № _____ от _____ г.,
в соответствии со ст. 9 № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных»,

не возражаю против обработки организацией Оператором: ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника» г. Бугуруслана, находящаяся по адресу: 461630, Оренбургская обл., г. Бугуруслан, ул. Чапаевская, 44, включая сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, предоставляю право мед.работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения;

следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, данные медицинского полиса и страхового свидетельства, контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью;

обрабатываемых с целью: ведения медицинской документации в электронном и бумажном носителе необходимых для предоставления медицинских услуг.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Настоящее согласие действует с даты подписания до даты его отзыва мною путем направления организации – оператору письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет – двадцать пять лет.

«____» _____ 20____ г.

_____ (_____)

© АНО «Бугурусланский центр содействия СМИ» Заказ № 1203. Тир. 5000. КЛН.2015.