

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его представителя)

(номер основного документа, удостоверяющего личность гражданина либо его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина при подписании согласия представителем)

(номер основного документа, удостоверяющего личность гражданина, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

(адрес регистрации по месту жительства гражданина)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон №152-ФЗ) *даю свое согласие на обработку* Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер», находящемся по адресу: Санкт-Петербург, Звездная ул., д. 12 (далее - Оператор) *моих персональных данных / персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь* (ненужное зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, адрес места пребывания, адрес регистрации по месту пребывания, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, номер полиса ОМС, полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), телефонные номера, сведения о месте работы, адрес места работы и занимаемой должности, данные, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также иная указанная мною информация), в том числе на любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, на передачу персональных данных, в том числе с помощью медицинских/лабораторных/радиологических информационных систем и других программ для ЭВМ, другим медицинским организациям *в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.*

Я осведомлен о том, что в соответствии со ст. 10 Закона №152-ФЗ Оператор имеет право обрабатывать специальные категории персональных данных в следующих целях: 1) обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; 2) обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я осведомлен о том, что обработка Оператором персональных данных с иными целями может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я осведомлен о том, что Оператор при обработке персональных данных предпринимает все необходимые меры для обеспечения их защиты от несанкционированного доступа.

Я осведомлен о том, что согласно п. 5 ст. 21 Закона № 152-ФЗ, настоящее согласие может быть отозвано мной только посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно содержать паспортные данные, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе и может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Я осведомлен о том, что в соответствии с п. п. 3, 4 п.2 ст. 10 Закона №152-ФЗ в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор не сможет прекратить их обработку если обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата дачи согласия)

Подпись субъекта персональных данных _____