

Согласие пациента на обработку персональных данных.

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Я, _____
(ФИО)

(адрес прописки/ регистрации)

даю согласие на обработку своих персональных данных в документальной и электронной форме с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом в процессе оказания медицинской помощи в ООО «ТЕХНИП» и других лечебных учреждениях.

Персональные данные, на обработку которых распространяется данное разрешение, включают в себя данные, предоставленные мною при оказании медицинской помощи, но не исключительно: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, семейное служебное положение, образование, профессия, состояние здоровья, иная информация необходимая для оказания медицинской помощи.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки персональных данных.

(ФИО полностью, подпись)

(Дата)