

Генеральному директору
ООО «Клиника амбулаторной
микрохирургии глаза»
Калинникову Ю.Ю.

от _____

паспорт _____

проживающий(ая) по адресу _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента ООО «Клиника амбулаторной микрохирургии глаза» - полностью)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Настоящее согласие дается в целях своевременного, полного и качественного оказания медицинских услуг, предоставляемых ООО «Клиника амбулаторной микрохирургии глаза».

Данное мною согласие распространяется на информацию, касающуюся фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, места постоянной регистрации и фактического проживания, паспортных данных (серия, номер, кем и когда выдан), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), а также информации об идентификационном номере налогоплательщика, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление предусмотренных действующим законодательством действий, а именно: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение моих персональных данных.

Я утверждаю, что ознакомлен с моими правами и обязанностями в области защиты прав и интересов субъекта персональных данных.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными: обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. (Письмо Минздравсоцразвития РФ от 04.04.2005 N 734/МЗ-14)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего срока оказания медицинских услуг.

Дата

Подпись

Расшифровка подписи