

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
Проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

В соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская туберкулезная больница №2», Санкт-Петербург, пр. М. Горького 93, моих персональных данных, включающих ФИО, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные данные, Лиц счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся мед. деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Санкт-Петербургское государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская туберкулезная больница №2» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Больница вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. И действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес больницы по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю больницы.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, больница обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

## Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
Проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

В соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская туберкулезная больница №2», Санкт-Петербург, пр. М. Горького 93, моих персональных данных, включающих ФИО, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные данные, Лиц счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся мед. деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской помощи я представляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Санкт-Петербургское государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская туберкулезная больница №2» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Больница вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. И действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес больницы по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю больницы.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, больница обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_