

**СОГЛАСИЕ**  
(форма для получателей медицинских услуг)  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных полностью)  
основной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
настоящим даю свое согласие ГБУЗ «ССМП г.Златоуст», расположенному по адресу: 456200, Челябинская обл., г. Златоуст, пл.3-го Интернационала, далее — «Оператор», на обработку персональных данных, (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях осуществления договорных отношений с ГБУЗ «ССМП г.Златоуст» (получение необходимых медицинских услуг), соблюдения федеральных законов и иных нормативно-правовых актов Российской Федерации.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

3. Типовой перечень персональных данных обрабатываемых Оператором:

3.1.1. фамилия, имя, отчество;

3.1.2. пол;

3.1.3. дата рождения;

3.1.4. адрес места проживания и регистрации (почтовый индекс, страна, республика, край, область, район, город, поселок, деревня, иной населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира);

3.1.5. данные паспорта или иного удостоверяющего личность документа;

3.1.6. данные паспорта, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации;

3.1.7. данные полиса обязательного медицинского страхования;

3.1.8. идентификационный номер налогоплательщика (дата (число, месяц, год) и место постановки на учет, дата (число, месяц, год) выдачи свидетельства);

3.1.9. данные страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;

3.1.10. данные карты вызова;

4. Оператор имеет право передавать персональные данные субъекта в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г).

6. Настоящее согласие дается до утраты правовых оснований обработки соответствующей информации или документов содержащих вышеуказанную информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, после чего персональные данные уничтожаются или передаются в архив.

7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить, либо обезличить персональные данные Субъекта.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)