

от «31» мая 2022г.

Согласие на обработку персональных данных для лиц, обратившихся за оказанием услуг в ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова»

Я,

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

Проживающий(ая) по адресу:

(Указывается адрес)

(Номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» принимаю решение о предоставлении персональных данных Оператору – Государственному бюджетному учреждению Рязанской области «Областная Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Баженова»

390035, Рязанская область, г. Рязань, ул. Баженова д. 35

(Адрес Оператора)

с целью оценки психического состояния и, в случае необходимости, оказания мне медицинских и медико-социальных услуг

(Указывается цель обработки персональных данных)

своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год месяц, дата и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства и месту пребывания, номер телефона, семейное положение, состав семьи, образование, специальность (профессия), место работы, замещаемая должность, сведения о трудовом стаже, сведения о воинском учете, сведения о наличии судимости, сведения о состоянии здоровья, диагнозе, факте обращения за медицинской помощью, социальное положение (статус), социальные льготы, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС.

Даю своё согласие на совершение следующих действий с моими персональными данными(ненужное зачеркнуть):

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю согласие на передачу, доступ, предоставление персональных данных в структурные подразделения Учреждения.

Даю согласие на смешанный (автоматизированный и неавтоматизированный) способ обработки моих персональных данных.

Срок, в течение которого действует согласие: в течение всего срока оказания медицинских и медико-социальных услуг, в последующем – в течение установленного срока хранения документов медицинского характера.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе

здравоохранения и обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, а также иными медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь, органами управления здравоохранением, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (врачебную) тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора почтовым отправлением с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю оператора.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата _____