Согласие субъекта на обработку персональных данных.

Я, _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт): серия _____ номер _____,
дата выдачи: _____, наименование выдавшего органа _____
_____, в лице моего представителя (если есть):
_____,
проживающего(ей) по адресу _____,
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) серия _____ номер _____,
дата выдачи: _____, наименование выдавшего органа_____
_____, действующего (ей) на основании
_____,
на основании статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие ГБУЗ ККНД, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. 50 лет Октября, д. 2 (Далее –Оператор) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора (если обработка будет поручена такому лицу): ГБУЗ ККНД, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский, пр. 50 лет Октября, д. 2.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право должностным лицам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 тайну.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие

№ п/п	Персональные данные	Согласие	
		ДА	НЕТ
	1.Общая информация		
	Фамилия		
	Имя		
	Отчество		
	Паспортные данные		
	Год, месяц, дата и место рождения		
	Адрес места жительства		
	Семейное положение		
	Социальное положение		
	Имущественное положение		
	Образование		
	Профессия		
	Доходы		
	Контактный телефон		
	Реквизиты полиса ОМС (ДМС)		
	Страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)		
	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
	[**Другая информация**]		

	2. Специальные категории персональных данных		
	Расовая принадлежность		
	Национальная принадлежность		
	Политические взгляды		
	Религиозные убеждения		
	Философские убеждения		
	Состояние здоровья, заболевания, случаи обращения за медицинской помощью		
	Состояние интимной жизни		
	[**Другая информация**]		

Обработка персональных данных осуществляется не дольше, чем это требуются для достижения целей их обработки, указанных в настоящем согласии.

После достижения, указанных в настоящем согласии целей обработки персональных данных, или в случае утраты необходимости в достижении этих целей, Оператор прекращает их обработку, или обеспечивает прекращение такой обработки (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению Оператора), уничтожает или обезличивает персональные данные или обеспечивает их уничтожение, или обезличивание (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению Оператора).

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно с момента подписания.

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

В случае отзыва мной согласия на обработку моих персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку или обеспечить прекращение такой обработки (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению Оператора), уничтожить мои персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению Оператора) в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного срока Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных или обеспечивает их блокирование (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению Оператора) и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев.

Субъект персональных данных: _____ /_____/
[подпись] [Фамилия И.О.]

Дата подписания: «____»_____20___г.