

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных*
в Обществе с ограниченной ответственностью «32+» (ООО «32+»)
ИНН 2453012569 КПП 245301001 ОКТМО 04737000
ОГРН 1072453000234

г. Зеленогорск

«__» _____ 202__ г.

Я, нижеподписавшийся _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт серии № _____, выдан «__» _____ 202__ года _____

(наименование органа, выдавшего паспорт, код подразделения)

—
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществлена лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и/или обязанным сохранять врачебную тайну, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «32+», находящимся по адресу: Красноярский край, г. Зеленогорск, ул. Бортникова д.2, пом.23 (далее «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, адрес места жительства, состоянии моего здоровья, анамнезе, диагнозах моих заболеваний, фактах обращения за медицинской помощью, серию и номер выданного листка нетрудоспособности, и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, ведение фотопотокола.

Предоставляю «Оператору» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «Оператор» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), финансовые и разрешительные документы.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров; дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю право «Оператору» передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам (Красноярскому КФОМС, Красноярскому региональному отделению ФСС РФ, Министерству здравоохранения Красноярского края, Управлению Роспотребнадзора по Красноярскому краю, Управлению Роскомнадзора по Красноярскому краю, Управлению Росздравнадзора по Красноярскому краю, страховым медицинским организациям, застрахованным которых я являюсь, иным лечебно-профилактическим учреждениям, моему работодателю, Краевому центру профпатологии) в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболевания, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи, 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.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: индивидуальной медицинской карты – пять лет, истории болезни – двадцать пять лет.

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».

Настоящее согласие действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____

*настоящее согласие оформляется в одном экземпляре и подлежит хранению в ООО «32+»

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных*
в Общество с ограниченной ответственностью «32+» (ООО «32+»)
ИНН 2453012569 КПП 244545001 ОКТМО 04707000
ОГРН 1072453000234

г. Бородино

«__» _____ 202__ г.

Я, нижеподписавшийся _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт серии № _____, выдан «__» _____ 202__ года _____
(наименование органа, выдавшего паспорт, код подразделения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществлена лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и/или обязанным сохранять врачебную тайну, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «32+», обособленное подразделение находящееся по адресу: Красноярский край, г. Бородино, ул. Ленина, д.47, пом 81 (далее «Оператор») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, адрес места жительства, состоянии моего здоровья, анамнезе, диагнозах моих заболеваний, фактах обращения за медицинской помощью, серию и номер выданного листка нетрудоспособности, и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, ведение фотопотокола.

Предоставляю «Оператору» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «Оператор» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), финансовые и разрешительные документы.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров; дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю право «Оператору» передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам (Красноярскому КФОМС, Красноярскому региональному отделению ФСС РФ, Министерству здравоохранения Красноярского края, Управлению Роспотребнадзора по Красноярскому краю, Управлению Роскомнадзора по Красноярскому краю, Управлению Росздравнадзора по Красноярскому краю, страховым медицинским организациям, застрахованным которых я являюсь, иным лечебно-профилактическим учреждениям, моему работодателю, Краевому центру профпатологии) в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболевания, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи, 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.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: индивидуальной медицинской карты – пять лет, истории болезни – двадцать пять лет.

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».

Настоящее согласие действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____

*настоящее согласие оформляется в одном экземпляре и подлежит хранению в ООО «32+»