

Главному врачу ГАУЗ «Городская больница № 2 г.  
Магнитогорск»  
Хрусталева Ю. А.

от \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

проживающего по адресу: 4550 \_\_\_\_, Челябинская область, гор.  
Магнитогорск, ул. \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_  
адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

выдан \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**физического лица, обратившегося за медицинской помощью**  
**в ГАУЗ «Городская больница №2 г. Магнитогорск»**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_, проживающий по  
адресу: \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, выдан (дата, название  
выдавшего органа), \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных  
данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «Городская больница №2 г.  
Магнитогорск» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дату рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- место жительства;
- место регистрации, дату регистрации;
- контактный телефон;
- фото и видеоизображение;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

- анамнез;
- диагноз;
- сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- вид оказанной медицинской помощи;
- условия оказания медицинской помощи;
- сроки оказания медицинской помощи;
- объем оказанной медицинской помощи;
- результат обращения за медицинской помощью;
- серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах;
- примененные порядки и стандарты медицинской помощи;
- сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу;
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).

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

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, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_ (и территориальным фондом \_\_\_\_\_ данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_ (и территориальным фондом ОМС) с использованием цифровых 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной (дата) \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

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

Контактный телефон (ы) \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

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