

Главному врачу ГАОУЗ «Городская больница № 2
г. Магнитогорск»
Хрустальной Юлии Анатольевне,
адрес местонахождения: 455000, Челябинская область,
г. Магнитогорск, ул. Уральская, 48/1
от _____
(Фамилия, имя, отчество)
проживающего по адресу: 455____, Челябинская обл.,
гор. Магнитогорск, ул. _____, дом _____, кв. ____
адрес по месту регистрации: _____
паспорт _____ № _____
дата выдачи «____» _____ г.
выдан _____
адрес электронной почты _____
номер телефона _____

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных
пациента ГАОУЗ «Городская больница №2 г. Магнитогорск»
через представителя**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
являясь законным представителем _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
«__» _____ года рождения, проживающего (-ей) по
адресу: _____,
паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ г.

(сведения о выдавшем органе)
на основании _____
(данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных
данных» **даю согласие** Государственному автономному учреждению здравоохранения «Городская
больница № 2 г. Магнитогорск» (ГАОУЗ «Городская больница № 2 г. Магнитогорск»), расположенному
по адресу: 455000, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Уральская, дом 48 корпус 1, на обработку
персональных данных _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

в целях:

- оказания медицинских услуг;
- в медико-профилактических целях;
- установления медицинского диагноза;
- учета пациентов, получающих (получивших) медицинские услуги и их законных
представителей.

Перечень персональных данных пациента, на обработку которых дается настоящее согласие,
включает в себя:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;

- дату рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- место жительства;
- место регистрации, дату регистрации;
- контактный телефон;
- 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 работниках, оказавших медицинскую услугу.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных страховой организации.

Настоящее согласие действительно со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Мне известно, что в случае отзыва настоящего согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, установленных действующим законодательством.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с Положением об обработке персональных данных. Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____/_____
(подпись, расшифровка подписи)