

СОГЛАСИЕ

1. Я, Иванов Иван Иванович на обработку персональных данных пациента (законного представителя)
паспорт: 1900 000 000 000 УВД г. Череповца 20.04.2002
проживающий по адресу: г. Череповец, ул. Социалистическая, д. 1, кв. 1.
даю Бюджетному учреждению здравоохранения Вологодской области "Вологодский областной наркологический диспансер № 2", г. Череповец ул. Ленина, д. 151А, согласие на обработку моих персональных данных, персональных данных пациента _____, законным представителем которого являюсь (нужное подчеркнуть):

- Фамилия, имя, отчество
- Место рождения
- Дата рождения
- Адрес регистрации
- Паспортные данные гражданина Российской Федерации (серия, номер паспорта, кем и когда выдан)
- Данные паспорта иностранного гражданина (серия, номер паспорта, кем и когда выдан)
- Адрес фактического проживания
- Телефонный номер (домашний, мобильный)
- Сведения о состоянии здоровья (наличие справки об инвалидности, диагноз, код диагноза, жалобы, наследственность, перенесенные заболевания, зафиксированные факты употребления запрещенных веществ (алкоголь, наркотики), психическое состояние, настроение, умственная деятельность (память, интеллект), результаты проведенных анализов, назначения)
- Сведения листка временной нетрудоспособности
- Данные о банковской карте
- Сведения о месте работы (наименование организации, должность)
- Данные об образовании
- Сведения из водительских документов.

2. Вышеуказанные персональные данные представлены с целью использования БУЗ ВО "Вологодский областной наркологический диспансер № 2", г. Череповец ул. Ленина, д. 151А (далее Оператор) при оформлении договорных отношений обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, предоставления услуг, обеспечения личной безопасности, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества, оформления доверенностей.

В процессе осуществления договорных отношений Оператором (БУЗ ВО "Вологодский областной наркологический диспансер № 2") я предоставляю право работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора для предоставления услуг.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, передавать информацию с использованием машинных носителей или по каналам связи по письменным запросам вышестоящих организаций, а также в другие организации в соответствии с заключенными договорами. Оператор обязуется при обработке моих персональных данных осуществлять организационные и технические меры к их защите.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Персональные данные должны обрабатываться на средствах организационной техники, а также в письменном виде.

Данное согласие действует на весь период оказания медицинской помощи и/или договора с БУЗ ВО "Вологодский областной наркологический диспансер №2", а так же в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации для хранения медицинской документации и документов, связанных с отчетно-бухгалтерской деятельностью учреждения.

Данное согласие может быть в любое время отозвано. Отзыв оформляется в письменном виде.

"12" апреля 2020 г.
(дата)

Иванов
(подпись)

