Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

паспорт серия и номер _____,выдан (дата) _____ кем выдан _____ ,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О защите персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» (далее - Центр), расположенный по адресу: С-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 148 (далее - Оператор), моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес фактического проживания и адрес регистрации, паспортные данные, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять медицинскую тайну**.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие медицинскую 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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, а также в порядке установленном действующим законодательством 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее согласие дано мной «_____»_____20____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании моего заявления об отзыве настоящего согласия.

Подпись субъекта персональных данных _____

Контактный телефон _____