

**СОГЛАСИЕ  
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

\_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность (например, паспорт), его серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(наименование населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

далее именуемый (-ая) «Субъект ПДн», свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Государственному автономному учреждению здравоохранения «Брянская государственная стоматологическая поликлиника №3» (сокращенное наименование – ГАУЗ «БГСП №3), ИНН 3201004917, зарегистрированному по адресу: 241047, г. Брянск, ул. Пушкина, д. 7 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет для поликлиники. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(дата)

Согласие получено \_\_\_\_\_

(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

**СОГЛАСИЕ  
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

\_\_\_\_\_ (наименование документа, удостоверяющего личность (например, паспорт), его серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(наименование населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

\_\_\_\_\_ далее именуемый (-ая) «Субъект ПДн», в лице законного представителя  
(заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)  
(статус (например, «отец», «мать»)), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

\_\_\_\_\_ (наименование документа, удостоверяющего личность (например, паспорт), его серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(наименование населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

действующий от имени субъекта персональных данных на основании

\_\_\_\_\_ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Государственному автономному учреждению здравоохранения «Брянская государственная стоматологическая поликлиника №3» (сокращенное наименование – ГАУЗ «БГСП №3), ИНН 3201004917, зарегистрированному по адресу: 241047, г. Брянск, ул. Пушкина, д. 7 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет для поликлиники. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными: обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов, обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О., дата)

**СОГЛАСИЕ  
ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

\_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность (например, паспорт), его серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(наименование населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

далее именуемый (-ая) «Субъект ПДн», свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения «Брянская государственная стоматологическая поликлиника №3» (сокращенное наименование – ГАУЗ «БГСП №3»), ИНН 3201004917, зарегистрированному по адресу: 241047, г. Брянск, ул. Пушкина, д. 7 (далее-Оператор)

на предоставление \_\_\_\_\_  
следующих моих персональных данных для проведения лабораторных и диагностических исследований: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие \_\_\_\_\_ на обработку моих персональных данных при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет для поликлиники. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными: обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов, обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

(дата)

Согласие получено \_\_\_\_\_  
(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)