

**Согласие
субъекта персональных данных (пациента) на обработку персональных данных**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии _____ № _____, выдан

_____ дата выдачи «__» _____ Г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 2» г. Мурманска**, расположенного по адресу: 183052, г. Мурманск, пр-кт Кольский, д. 149 а (далее - Оператор) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) Оператором следующих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных):

ФИО; сведения о смене ФИО; дата рождения; возраст; пол; адрес регистрации; адрес проживания; контактные телефоны; данные документа, удостоверяющего личность; наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; дата выдачи документа, удостоверяющего личность; место работы; место учебы; профессия; должность; социальный статус; СНИЛС; данные медицинского страхового полиса; диагноз; данные лабораторных исследований; медицинское заключение; информация о льготах; результаты ЭКГ; сведения о назначенных процедурах; снимки; идентификационный номер медицинской карты; анамнез; информация об обращениях; сведения о назначениях; сведения о нетрудоспособности; сведения о состоянии здоровья; жалобы; сведения об инвалидности; группа крови, резус принадлежность; сведения об оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; результаты медицинского обследования; сведения о назначенных препаратах; сведения о госпитализации; сведения о заболевании; антропометрические данные; сведения о вакцинации; результаты обследования; иные сведения:

необходимые в целях оказания медицинской и профилактической помощи, выполнения требований законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, в течение 25 лет. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных впп. 2-11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 Федерального закона «О персональных данных».

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)