

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. субъекта персональных данных либо его представителя)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

\_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_, выдан  
(серия и номер)

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)  
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в «Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Тамбовским областным государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», находящимся по адресу: г. Тамбов, Московская, 27 (далее - Оператор), персональных данных в отношении меня (представляемого) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О субъекта персональных данных)  
\_\_\_\_\_, проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

(при получении согласия от представителя) \_\_\_\_\_ (по месту регистрации)  
\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, выдан  
(серия и номер)

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. субъекта персональных данных либо его представителя)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

\_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_, выдан  
(серия и номер)

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)  
в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в «Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Тамбовским областным государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», находящимся по адресу: г. Тамбов, Московская, 27 (далее - Оператор), персональных данных в отношении меня (представляемого) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О субъекта персональных данных)  
\_\_\_\_\_, проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

(при получении согласия от представителя) \_\_\_\_\_ (по месту регистрации)  
\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, выдан  
(серия и номер)

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), данные о состоянии 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 врачебную тайну, В процессе оказания мне (представляемому) медицинской помощи Оператором я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договорами на оказание медицинской помощи по программам ДМС между Оператором и страховыми медицинскими организациями.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителя Оператора.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/его представителя \_\_\_\_\_

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (далее - ДМС), данные о состоянии 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 врачебную тайну, В процессе оказания мне (представляемому) медицинской помощи Оператором я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договорами на оказание медицинской помощи по программам ДМС между Оператором и страховыми медицинскими организациями.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителя Оператора.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/его представителя \_\_\_\_\_