

## СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

Адрес регистрации:

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, номер и дата выдачи:

Орган, выдавший документ:

Даю согласие ООО «ЭНЗИМО», расположенному по адресу: Российская Федерация, Ставропольский край, Шпаковский р-н, г.Михайловск ул.Ленина, д.201 на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу. Предоставляю Исполнителю право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности. В случае, если Исполнитель поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Исполнитель. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Исполнителя, несет ответственность перед Исполнителем. Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет. Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Исполнителя или направлено в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

« » 20 г

Субъект персональных данных

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка