

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

дата рождения _____

(фамилия, имя, отчество)

года,

Адрес регистрации _____

п/дер.

г.

ул.

дом

(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
корпус кв.

Адрес места жительства _____

п/дер.

г.

ул.

дом

(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
корпус кв.

Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование)

(серия)

(номер)

года

(кем выдан)

(дата выдачи)

подтверждаю свое согласие на обработку в ГУЗ "АОКЦ СПИД и ИЗ" 163000, г. Архангельск, пр. Ч.-Лучинского, д. 20

(далее - оператор) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессию, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и персональных данных моих несовершеннолетних детей включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении ребенка (детей), данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии его (их) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной оператору, 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 (далее - согласие).

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение; использование; передачу кругу лиц, определенным соглашениями и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях оказания медицинских услуг; обезличивание; блокирование; уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара (пять лет - для поликлиники). Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу), прекращает оказание медицинских услуг заявителю или его несовершеннолетним детям с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал согласие.

Подпись заявителя _____

расшифровка подписи

Дата _____