

**Государственное автономное учреждение
здравоохранения «Липецкая городская
стоматологическая поликлиника №1»**

**398046, Липецкая обл., г. Липецк,
ул. П. Смородина, д. 2**

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
_____ Ф.И.О. субъекта персональных данных
«__» _____ года рождения, **проживающий(ая) по адресу:** _____,
_____;
телефон _____; **электронная почта** _____;
паспорт (иной документ удостоверяющий личность): _____, **выдан**
«__» _____ г. _____

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения «Липецкая городская стоматологическая поликлиника №1» (ГАУЗ «Липецкая ГСП №1», инн 4824006872, ОГРН 1024840831256, адрес регистрации: 398046, Липецкая обл., г. Липецк, ул. П. Смородина, д. 2 (далее - оператор), на автоматизированную (путем включения в федеральные, региональные, локальные медицинские электронные базы данных), а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление доступа третьим лицам, указанным в настоящем согласии), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение 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 на срок архивного хранения первичных медицинских документов (медицинской карты), что составляет **25 (Двадцать пять) лет.****

Настоящее согласие дается в целях оказания мне медицинской помощи, медико-социальных услуг, а также в целях взаимодействия оператора с государственными и негосударственными органами, организациями, фондами и т.п., участвующими в финансировании медицинской деятельности и/или в функции которых входит решение вопросов в области здравоохранения.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных оператором в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинской помощи, медико-социальных услуг и т.п. при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я предоставляю право оператору осуществлять, на указанные мной телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене/перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов,

о необходимости/возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе 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.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

Фамилия, инициалы и подпись субъекта персональных данных