И.О. Главного врача МАУЗ ОЗП ГКБ № 8

Конашову А.Г.

СОГЛАСИЕ

на обработку и использование персональных данных пациента

(законного представителя)

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

(ФИО пациента, либо законного представителя)

Зарегистрирован(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(если адрес совпадает с регистрацией, то в графе нужно указать тот же)

Настоящим согласием, по своей воле и по собственной инициативе передаю МАУЗ ОЗП Городская клиническая больница №8 (ОГРН1027403778412) право на обработку и использование моих личных данных, таких как:

-фамилия, имя, отчество;

-пол;

-дату и место рождения;

-гражданство;

-адрес регистрации и места пребывания(почтовый индекс, населенный пункт, район, улица, дом, квартира и т.п.)

-**контактный телефон** (сотовый, стационарный, в том числе, домашний или рабочий);

-**полис**,

-сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состояние моего здоровья, мой диагноз, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении.

Я согласен и мне известно, что данные будут использоваться в служебных целях больницы, в соответствии с действующим законодательством, связанных с моим обследованием или лечением, а также для оплаты больнице, оказанных мне услуг. Мне известно, что мои данные будут использоваться, по необходимости, для оформления на меня полиса ОМС.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата и подпись)