



УТВЕРЖДЕНО

Приказом главного врача ГБУЗ МО «МОЦОМД»
№ 345 от «26» декабря 2024 г. (Приложение №4 действует с
01.01.2025)

Т.Н. Мельник

М.п.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, _____
(Ф.И.О. гражданина полностью) " ____ " _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____, контактный телефон _____, (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) по месту регистрации: _____

_____ (адрес места регистрации гражданина либо законного представителя) паспорт серия ____ номер выдан _____ « ____ » _____

г., (наименование выдавшего органа) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением Московской области «Московский областной центр охраны материнства и детства» (ул. Мира, д. 6, г. Люберцы, Люберецкий район, Московская область, 140014) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство и национальность; серию, номер паспорта, иные паспортные данные; адрес проживания и регистрации, домашний и мобильный телефон, адрес электронной почты; профессию; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий (включая проведение независимой экспертизы качества медицинской помощи), а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, а также в другие медицинские организации в интересах моего обследования, лечения, экспертизы качества медицинской помощи, внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны, а также третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных и мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, Заказчику услуг и его уполномоченным представителям, в рамках договора с которым мне будут оказаны услуги.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие действует в течение неопределенного срока. Действие согласия прекращается на основании письменного заявления, которое подписывается мною и вручается, либо направляется заказным письмом с уведомлением о вручении Оператору. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне услуг.

Мне разъяснены и понятны права субъекта персональных данных. Настоящее согласие дано мной:

(Ф.И.О. гражданина полностью, заполняется субъектом персональных данных собственноручно с проставлением подписи)

" ____ " _____ г. (дата оформления согласия)