



ООО "Медицинский центр онкодиагностики"

654007, Россия, Кемеровская область - Кузбасс, г. Новокузнецк, пр-т Кузнецкстроевский, 11, 2 этаж, кабинет 9

8 (3843) 993-932, e.titova@gm.clinic

Министерство здравоохранения Кузбасса

Заявление о согласии на обработку персональных данных

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

даю согласие органу исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения ДОЗН КО г. Кемерово 650000, г. Кемерово, пр-т Советский, 58 на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения: «___» _____ г.

2. Пол: Мужской/Женский

3. Документ, удостоверяющий личность:

_____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации

_____ Контактный телефон _____

5. Адрес фактического проживания

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и № страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования граждан

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

8. Сведения о законном представителе

_____ (Фамилия, имя, отчество, Почтовый адрес места жительства, фактического проживания, номер телефона)

9. Дата рождения законного представителя

_____ (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина РФ

Срок действия заявления – один год с даты подписания.

Перечень действий с персональными данными: Сбор, хранение, уточнение, обработка, передача в ДОЗН КО

Оператор обязуется обеспечить сохранность и нераспространение персональных данных гражданина

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично по расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку и хранение в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена) – нужное подчеркнуть

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна) - нужное подчеркнуть

Подпись пациента _____ / _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам

Заявление и документы пациента зарегистрированы _____

Принял _____