

**Согласие гражданина
на обработку своих персональных данных (ПД)**

В соответствии с требованием п.1 ст.6 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»

Я, ,

Адрес проживания:

Данные паспорта: серия: номер:

своей волей и в своем интересе выражаю ГБУ РС(Я) "Якутская городская больница №2", зарегистрированному по адресу: РС(Я), Г. ЯКУТСК, УЛ. КУЗЬМИНА, Д.3 согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение), в том числе посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, моих персональных данных (предыдущих, настоящих и будущих), в том числе: Ф.И.О., пол, дата и место рождения, дата смерти, место жительства, домашний и мобильный телефон, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, данные о месте работы, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведения о социальном положении (в том числе о наличии инвалидности, выходе на пенсию, о социальных льготах, о занятости (работающий / неработающий), возрастной группе), сведения о договоре обязательного медицинского страхования (страховщик, номер, дата заключения, срок действия договора; серия и номер, дата выдачи, срок действия полиса ОМС), об обращениях за медицинской помощью, включая сведения, содержащиеся в медицинской документации, данные о медицинской организации, принадлежности к приписному населению медицинской организации, врачу, виде медицинской помощи, периоде лечения, коде медицинской услуги, количестве услуг/койко-дней, диагнозе, исходе лечения, стоимости оказанных медицинских услуг, которые обрабатываются в соответствии с законодательством в целях организации обеспечения меня бесплатной медицинской помощью, соблюдения законов и иных нормативных правовых актов об обязательном медицинском страховании, реализации национальных проектов в сфере здравоохранения, исполнения договоров обязательного медицинского страхования, в соответствии с которыми я являюсь застрахованным, и договоров об оказании медицинских услуг, оказываемых по программам обязательного медицинского страхования, по которым я являюсь услугополучателем.

Данное согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Отзыв настоящего согласия на обработку персональных данных осуществляется в письменной форме путем направления в медицинское учреждение письменного документа, содержащего требование об отзыве согласия.

Подпись гражданина _____

(_____)

(Фамилия, инициалы)

Подпись оператора _____

(Хорунова Александра Николаевна)

(Должность, фамилия, инициалы)

20.07.2017г.