

Я нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. полностью), проживающий по адресу: _____

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку «ОБУЗ Офтальмологическая клиническая больница-офтальмологический центр»(наименование ЛПУ) «далее- Оператор» моих персональных данных, включающих сведения реквизитов полиса обязательного медицинского страхования, а так же сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, диагнозах, случаях обращения за медицинской помощью и оказании мне медицинских услуг, оказанных в системе обязательного медицинского страхования и полученных Оператором в целях исполнения им своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что обработка будет производиться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Представляю Оператору право осуществлять с моими персональными данными все необходимые действия по их обработке, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, передачу, блокирование и уничтожение. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен моими персональными данными с Курским областным фондом ОМС или другими территориальными фондами ОМС для исполнения ими своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что их обработка будет производиться лицом, обязанным обеспечить условия конфиденциальности и безопасности персональных данных.

Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. В случае моего отзыва настоящего согласия оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____

Я нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. полностью), проживающий по адресу: _____

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку «ОБУЗ Офтальмологическая клиническая больница-офтальмологический центр»(наименование ЛПУ) «далее- Оператор» моих персональных данных, включающих сведения реквизитов полиса обязательного медицинского страхования, а так же сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, диагнозах, случаях обращения за медицинской помощью и оказании мне медицинских услуг, оказанных в системе обязательного медицинского страхования и полученных Оператором в целях исполнения им своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что обработка будет производиться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Представляю Оператору право осуществлять с моими персональными данными все необходимые действия по их обработке, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, передачу, блокирование и уничтожение. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен моими персональными данными с Курским областным фондом ОМС или другими территориальными фондами ОМС для исполнения ими своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что их обработка будет производиться лицом, обязанным обеспечить условия конфиденциальности и безопасности персональных данных.

Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. В случае моего отзыва настоящего согласия оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата _____