

Согласие на обработку персональных данных

Я _____,

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г.

«О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку «ОБУЗ Офтальмологическая клиническая больница-офтальмологический центр» (далее- Оператор) моих персональных данных, указанных в Договоре 49085/12 на оказание платных медицинских услуг, данных о состоянии здоровья Пациента, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью- в медико-профилактических целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с вышеуказанными персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе также обрабатывать вышеуказанные персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, иным способом, необходимым для исполнения обязательств по заключенному Договору.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, при этом Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого по Договору медицинских услуг.

_____ (подпись Пациента)

Согласие на обработку персональных данных

Я _____,

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г.

«О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку «ОБУЗ Офтальмологическая клиническая больница-офтальмологический центр» (далее- Оператор) моих персональных данных, указанных в Договоре 49085/12 на оказание платных медицинских услуг, данных о состоянии здоровья Пациента, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью- в медико-профилактических целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с вышеуказанными персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе также обрабатывать вышеуказанные персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, иным способом, необходимым для исполнения обязательств по заключенному Договору.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, при этом Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого по Договору медицинских услуг.

_____ (подпись Пациента)