|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| *(ФИО)* |
| дата рождения  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | документ, удостоверяющий личность, |  |
|  | *(число, месяц, год)* |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)* |
| адрес регистрации по месту жительства | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *(почтовый адрес)* |
| адрес фактического проживания | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)* |

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152 «О персональных данных» даю согласие, МБУЗ «Городская поликлиника № 10»

(наименование учреждения)

расположенному по адресу: улица Большая Садовая, дом № 106/46

(адрес учреждения)

на обработку моих персональных данных, а именно:

 - фамилия, имя, отчество (при наличии);

* год рождения; месяц рождения; дата рождения;
* место рождения;
* адрес;
* семейное положение;
* социальное положение;
* образование;
* профессия;
* состояние здоровья.

Целями обработки персональных данных являются:

* регистрация и обработка сведений, необходимых для определения принадлежности пациента к числу застрахованных граждан и уточнения реквизитов страховых медицинских полисов обязательного медицинского страхования граждан;
* учет персональных данных пациентов и работников МБУ «Городская поликлиника №10».

Настоящее согласие предоставляется на совершение следующих действий (операций) с моими персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, осуществляемых как с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка), так и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка).

 Согласен(а) на передачу моих персональных данных следующим организациям:

* территориальный фонд ОМС;
* страховая медицинская организация

Я подтверждаю, что ознакомлен с требованиями законодательства Российской Федерации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, с политикой

 МБУЗ «Городская поликлиника № 10» в отношении обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания на период не менее, чем срок хранения документов, установленных архивным законодательством. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
| *(ФИО)* | *(подпись)* | *(дата)* |