

Приложение №1  
к Положению об обработке  
персональных данных пациентов  
В ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер»

Заявление  
пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. субъекта персональных данных), «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от  
27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОГБУЗ «Костромской  
противотуберкулезный диспансер») (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских  
услуг на автоматизированную, без использования средств автоматизации обработку моих  
персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,  
уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу  
(предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение  
персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места  
жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа  
удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер  
индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья,  
заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических  
мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий  
срок: \_\_\_\_\_.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено «\_\_» \_\_\_\_\_ г.