



**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**  
**Субъект персональных данных,**

(ФИО полностью) \_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность (свидетельство о рождении, паспорт) серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу \_\_\_\_\_

№ 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Поликлиника № 43 городского округа города Уфа Адрес места нахождения: 450099, РОССИЯ, БАШКОРТОСТАН РЕСП, Г УФА, ОКТЯБРЬСКИЙ РАЙОН, МАРШАЛА ЖУКОВА УЛ, д. 4, корп. 1,

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную

базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа

**Срок, в течение которого действует согласие:** бессрочно.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)