



НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

прецизионной и регенеративной
медицины КФУ

Заявление пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

« ____ » _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: серия _____ № _____, выдан « ____ » _____ г. _____

_____ руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет» (г. Казань, ул. Кремлевская, д.18) (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на обработку и использование своих персональных данных, 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.

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 даю настоящее согласие до его отзыва и 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.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)