

Согласие

на обработку персональных данных

Я, _____
(ФИО пациента)

даю областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Иркутская областная клиническая туберкулезная больница" согласие на обработку в установленном действующем законодательстве порядке моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; дата, место рождения; пол; адрес; реквизиты документа, удостоверяющего личность; диагноз; периоды лечения; иные сведения медицинского характера; страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации(СНИЛС); реквизиты полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования. Согласие дается на обработку персональных данных как с использованием, так и без использования средств автоматизации, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в правоохранительные органы, органы опеки и попечительства, подразделения Федеральной миграционной службы и учреждения, определенные законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего согласия.

Данное согласие может быть отозвано мной любыми разрешенными законом способами.

Дата _____ Подпись _____