

Главному врачу ГБУЗ РТ "Республиканский
наркологический диспансер"
У.К.Биче-оол

от _____

(Фамилия, имя, отчество)

проживающего(ей) по адресу _____

паспорт серия _____ № _____

выдан _____

(дата выдачи, наименование органа,

выдавшего документ)

**Согласие
на обработку персональных данных пациента
ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер"**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер", расположенному по адресам: 667003, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Калинина, д.29/1; 667003, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Оюна Курседи, д.157«а», на обработку персональных данных (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств): фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, серия, номер документа удостоверяющего личность, дата выдачи документа, кем выдан, сведения о состоянии здоровья (диагноз), полис ОМС, адрес регистрации (места жительства), контактный телефон.

Обработка персональных данных в информационной системе персональных данных «Пациенты» ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер" осуществляется в целях оказания пациентам качественной медицинской помощи в необходимых объёмах, проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), судебно-психиатрических экспертиз, военной экспертизы, экспертиз временной нетрудоспособности и профессиональной пригодности, амбулаторной и стационарной наркологической помощи, соблюдения требований действующего законодательства, иных нормативных правовых актов, обеспечения контроля объёмов и качества оказанной медицинской помощи.

Предоставляю ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер" право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Я информирован(а) о том, что информация о результатах медицинского обследования составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

В соответствии со ст. 13 Закона № 323-ФЗ «Соблюдение врачебной тайны» и п. 3 указанной статьи разрешаю предоставить информацию о результатах медицинского освидетельствования моему работодателю _____

_____ или (иное
указать) _____.

Срок хранения персональных данных: до утраты правовых оснований обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку сотруднику ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер".

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ГБУЗ РТ "Республиканский наркологический диспансер" обязано прекратить их обработку в течение установленного законом периода времени.

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)