

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области  
«Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,

Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование) (серия) (номер)  
\_\_\_\_\_ (кем выдан) \_\_\_\_\_ (дата выдачи)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения  
зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_  
(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», даю свое согласие на обработку **ГБУЗ АО «АОДКБ»**  
(наименование и адрес организации)

163002, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 7  
(далее - оператор) моих персональных данных, персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка/недееспособного гражданина \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка/недееспособного гражданина, дата рождения)

включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессия, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка/недееспособного гражданина, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении ребенка, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной оператору, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (далее - согласие).

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка/недееспособного гражданина, включая: сбор; запись; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение, использование; передачу (распространение, предоставление, доступ) кругу лиц, определенным соглашениями и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях оказания медицинских услуг; обезличивание; блокирование; удаление, уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара (пять лет - для поликлиники).

ГБУЗ АО «АОДКБ» вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка/недееспособного гражданина) посредством внесения их в электронную базу данных, на бумажном носителе, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка/недееспособного гражданина) в информационной системе.

Настоящее согласие действует бессрочно до его отзыва. Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу), прекращает оказание медицинских услуг заявителю или его несовершеннолетним детям/недееспособным гражданам с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал согласие.

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_