Приложение 2

к приказу главного врача

ГБУЗ «Нехаевская ЦРБ»

от 01.02.2018 г. № 83

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЛИЦА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В УСЛУГАХ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Нехаевская центральная районная больница» (далее – Учреждение), находящемуся по адресу: 403171, Волгоградская область, Нехаевский район, ст. Нехаевская, ул. Победы, 3, следующих **своих персональных данных** (ненужное зачеркнуть): фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес места регистрации; номер телефона; страховой номер индивидуального лицевого счета; серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан; льготная категория; состояние здоровья; жилищно-бытовые условия проживания; информация об имуществе; место работы; доходы; состав семьи.

Обработка моих персональных данных осуществляется Учреждением с целью организации предоставления услуг.

Я предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу в органы подведомственные комитету здравоохранения Волгоградской области (распространение, предоставление, доступ), уточнение, (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, с использованием бумажных и электронных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Учреждение вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих, вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЛИЦА, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ КЛИЕНТОМ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Нехаевская центральная районная больница» (далее – Учреждение), находящемуся по адресу: 403171, Волгоградская область, Нехаевский район, ст. Нехаевская, ул. Победы, 3, следующих **своих персональных данных** (ненужное зачеркнуть): фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес места регистрации; номер телефона; страховой номер индивидуального лицевого счета; серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан; льготная категория; состояние здоровья; жилищно-бытовые условия проживания; информация об имуществе; место работы; доходы; состав семьи.

Обработка моих персональных данных осуществляется Учреждением с целью организации предоставления услуг.

Я предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу в органы подведомственные комитету здравоохранения Волгоградской области (распространение, предоставление, доступ), уточнение, (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, с использованием бумажных и электронных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Учреждение вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих, вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО/НЕДЕЕСПОСОБНОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Нехаевская центральная районная больница» (далее – Учреждение), находящемуся по адресу: 403171, Волгоградская область, Нехаевский район, ст. Нехаевская, ул. Победы, 3, следующих **персональных данных** (ненужное зачеркнуть) на несовершеннолетнего/недееспособного члена семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес места регистрации; номер телефона; страховой номер индивидуального лицевого счета; серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан; льготная категория; состояние здоровья; жилищно-бытовые условия проживания; информация об имуществе; доходы; состав семьи.

Обработка моих персональных данных осуществляется Учреждением с целью организации предоставления услуг.

Я предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу в органы подведомственные комитету здравоохранения Волгоградской области (распространение, предоставление, доступ), уточнение, (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, с использованием бумажных и электронных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Учреждение вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих, вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЛИЦА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПЛАТНЫХ УСЛУГАХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Нехаевская центральная районная больница» (далее – Учреждение), находящемуся по адресу: 403171, Волгоградская область, Нехаевский район, ст. Нехаевская, ул. Победы, 3, следующих **своих персональных данных** (ненужное зачеркнуть): фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес места регистрации; номер телефона; страховой номер индивидуального лицевого счета; серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан; льготная категория; состояние здоровья; жилищно-бытовые условия проживания; информация об имуществе; место работы; доходы; состав семьи.

Обработка моих персональных данных осуществляется Учреждением с целью организации предоставления услуг.

Я предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу в органы подведомственные комитету здравоохранения Волгоградской области (распространение, предоставление, доступ), уточнение, (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, с использованием бумажных и электронных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Учреждение вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих, вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

Данное приложение к приказу является разработкой автора сайта Алкостад.ру и Радуга.нет.ру: <https://raduga.net.ru/>