

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(ая) _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт _____ выдан _____ дата выдачи _____,
в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», при предоставлении своих персональных данных лично на бумажных носителях, по своей воле и в своих интересах даю конкретное, предметное, информированное добровольное согласие ГАУЗ «Брянский клинико-диагностический центр» (ОГРН 1033265003298, ИНН 3234015569, адрес: 241050 г. Брянск, ул. Бежицкая, д.2) на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, серию и номер паспорта, контактные данные (номер мобильного телефона, адрес электронной почты), выписку из амбулаторной карты, выписные эпикризы при стационарном лечении, справку МСЭ, направление на МСЭ, заверенную копию трудовой книжки, копию удостоверения, подтверждающего факт пребывания в зоне радиоактивного воздействия (заверенного нотариально), копию военного билета, копию карточки учета доз, копию удостоверения лица, перенесшего лучевую болезнь, копию свидетельства о браке, копию свидетельства о смерти, копию свидетельства о рождении, копию медицинского свидетельства о смерти, копию протокола вскрытия - для сбора и оформления документов в Межведомственный Экспертный Совет для установления причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти с радиационным воздействием.

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 систематического наблюдения за состоянием здоровья населения, подвергнувшегося радиационному воздействию.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на сбор, обобщение и анализ медико-демографических и медико-статистических сведений о состоянии здоровья населения, пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС, разработку научно-обоснованных рекомендаций по наблюдению, лечению и оздоровлению этого контингента, изучение влияния радиационного фактора на состояние здоровья населения, участие в формировании Национального радиационно-эпидемиологического регистра (НРЭР), с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка, будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения формирования документов.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ года и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____