

СОГЛАСИЕ

законного представителя субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер)

_____,
(дата и наименование выдавшего органа)
проживающий по адресу: _____,
(по месту регистрации)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных моего/ей _____ сына _____ (дочери, подопечного): _____
(Ф.И.О. сына, дочери, подопечного)

_____,
(наименование и адрес медицинской организации)

включающих: фамилию, имя, отчество, (последнее - при наличии); пол; дата рождения; номер телефона; анамнез; диагноз; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; сведения об оказанных медицинских услугах; сведения о медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; социальный статус. Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем аудиозаписи на сервер баз данных учреждения с последующим хранением в течении 6 месяцев.

Для обработки в целях: контроля соблюдения этики при оказании медицинских услуг.

Я ознакомлен, что аудиозаписи могут быть предоставлены департаменту здравоохранения Тюменской области с целью контроля соблюдения этики.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно, в случае, если согласие не отозвано в письменной форме. _____
(дата)

Подпись субъекта персональных данных _____