

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию,
на обработку его персональных данных

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

(наименование и адрес медицинской организации)
(далее — Оператор) моих персональных данных, 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 последующем
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,
(дата)
если согласие не отозвано в письменной форме.

Подпись субъекта персональных данных _____