

Главному врачу
Федерального государственного
бюджетного учреждения
«Поликлиника №5» Управления делами
Президента Российской Федерации
Е.Б. Александровой

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ
МОЕГО ЗДОРОВЬЯ**

Я, _____ (Ф.И.О.), проживающий (ая) _____ по адресу:
_____ паспорт: _____ (серия номер, выдан года) (далее —
Пациент),

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 21.07.2013 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку ФГБУ «ПОЛИКЛИНИКА №5» (далее — Поликлиника) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, реквизиты полиса медицинского страхования;

в соответствии с п.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на:

предоставление информации о медицинских услугах (сведений, составляющих врачебную тайну), должностным лицам Поликлиники и/или работникам страховых медицинских организаций в интересах моего обследования и лечения, также выполнения передо мной иных договорных обязательств.

Предоставляю Поликлинике право осуществлять/совершать все необходимые действия (операции) с моими персональными данными и сведениями о состоянии моего здоровья, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Поликлиника имеет право на прием, обработку и передачу моих персональных данных и информации о состоянии моего здоровья страховым медицинским организациям с использованием электронных носителей или по каналам связи, отвечающим требованиям защиты персональных данных.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Контактный телефон _____

_____ «___» _____ 20___ г.
(фамилия, имя, отчество полностью, подпись)