

СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница»  
(Александровская больница)

УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач  
СПб ГБУЗ «Александровская больница»  
Ю.П.Линец  
Приложение № 4 к приказу  
№ \_\_\_\_\_ от « 01 » 09 2023 г  
Форма Согласия на обработку персональных данных  
СПб ГБУЗ «Александровская больница»

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
СПб ГБУЗ «АЛЕКСАНДРОВСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью)

проживающий (ая) по адресу (месту регистрации) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ название выдавшего  
органа \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие:

- на обработку в СПб ГБУЗ «Александровская больница» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и (или) сервисных услуг при условии, что их обработка обусловлена оказанием мне медицинских и (или) сервисных услуг в СПб ГБУЗ «Александровская больница», а сотрудники, обрабатывающие мои персональные данные, являются лицами, обязанными сохранять врачебную тайну;

- в процессе оказания СПб ГБУЗ «Александровская больница» мне медицинских и (или) сервисных услуг (при необходимости – по ее окончании) я предоставляю право сотрудникам Оператора передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам Оператора, либо сотрудникам других лечебных учреждений, с целью моего обследования, в том числе получения различных консультаций и лечения. Оператор при осуществлении своей деятельности имеет право на обмен (прием, передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования, Комитетом по здравоохранению и иными органами и организациями, в соответствии с действующим законодательством РФ.

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 отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) для Оператора. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте ценным письмом с описью вложения либо вручен 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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой):** \_\_\_\_\_