|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ "Областной наркологический  диспансер" г. Магнитогорск, ул. Фадеева, д.22  Ефименко Галине Витальевне  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество)  Проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кем и когда) |

**Согласие на обработку персональных данных пациента**

**ГБУЗ "Областной наркологический диспансер"**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ГБУЗ "Областной наркологический диспансер", расположенному по адресам: 455007, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Фадеева, 22; 455001, 455037, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Грязнова, д.44/3; 455007, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. 9 Мая, д.3а; 455007, Челябинская область, г. Магнитогорск, пер. Школьный, 18; 455021, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Труда, д.3 на обработку персональных данных (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств): фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, серия, номер документа удостоверяющего личность, дата выдачи документа, кем выдан, сведения о состоянии здоровья (диагноз), полис ОМС, адрес регистрации (места жительства), контактный телефон.

Обработка персональных данных в информационной системе персональных данных «Пациенты» ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" осуществляется в целях оказания пациентам качественной медицинской помощи в необходимых объёмах, проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), судебно-психиатрических экспертиз, военной экспертизы, экспертиз временной нетрудоспособности и профессиональной пригодности, амбулаторной и стационарной наркологической помощи, соблюдения требований действующего законодательства, иных нормативных правовых актов, обеспечения контроля объёмов и качества оказанной медицинской помощи.

Предоставляю ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Согласен на передачу персональных данных субъекта персональных данных третьим лицам в объеме, необходимом для реализации вышеуказанных целей.

Срок хранения персональных данных: до утраты правовых оснований обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку сотруднику ГБУЗ "Областной наркологический диспансер".

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" обязано прекратить их обработку в течение установленного законом периода времени.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)