Согласие субъекта на обработку персональных данных в ГБУ РО «ГКБСМП»

Я,_____

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированн (ый)/(ая) по адресу_____

паспорт_____

_____

(серия, номер, дата выдачи, название выдавшего органа)

(далее – Субъект) даю свое согласие ГБУ РО «ГКБСМП», ИНН 6228020069, место нахождения: 390013, РФ, Рязанская область, г. Рязань, ул. Дзержинского, д. 11, тел. 76-27-17 (далее – Оператор) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки, реестры, отчетные формы, платёжные документы с целью передачи:

- в страховые компании для оплаты медицинских услуг по страховым полисам и договорам ОМС и ДМС,
- юридическим лицам для оплаты медицинских услуг по государственным контрактам и договорам,
- в Фонд социального страхования для расследования несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний,
- по запросу в полицию, органы дознания, следствия, прокуратуры, суда, уголовно-исполнительной системы с целью проведения расследования, судебного разбирательства, осуществления прокурорского надзора, исполнения уголовного наказания
- в налоговые органы для определения суммы социального налогового вычета
- для осуществления медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе,
- для предоставления информации о нахождении Субъекта в ГБУ РО «ГКБСМП» через стол справок

Персональные данные	
1. Общая информация	
Фамилия, Имя, Отчество	ü
Пол, год, месяц, дата и место рождения	ü
Адрес места жительства, контактный телефон	ü
Семейное положение	ü
Образование	ü
Профессия (должность)	ü
Место работы, место службы, место учебы, место отбывания	ü
Реквизиты полиса ОМС и (или) ДМС	ü
№, серия, дата, наименование органа, выдавшего паспорт	ü
Реквизиты СНИЛС	ü
Реквизиты служебного удостоверения	ü
Специальное звание	ü
2. Специальные категории персональных данных	
Национальная принадлежность	ü
Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи	ü
Состояние здоровья	ü
Диагноз	ü
Сведения, полученные при обследовании, лечении	ü
Даты посещения лечебного учреждения, отделение пребывания	ü
Реквизиты направления на стационарное лечение	ü

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении или лично вручив заявление под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Я имел (-а) возможность задавать любые вопросы по обработке своих персональных данных Оператором.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Подпись Субъекта _____(_____)

или законного представителя Субъекта_____(_____)