Приложение № 2

к приказу ГБУЗ АО «АЦЛФ и СМ»

от 25.01.2012 № 11

Главному врачу ГБУЗ АО «Архангельский центр

лечебной физкультуры и спортивной медицины»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года.

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование) (серия) (номер)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( кем выдан) (дата выдачи)

Подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ АО «АЦЛФ и СМ», г. Архангельск, ул. Холмогорская, д. 16, корп. 2\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес организации)

(далее - оператор) моих персональных данных или персональных данных моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессию, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и персональных данных моих несовершеннолетних детей, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении ребенка (детей), данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии его (их) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной оператору, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну (далее-согласие).

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональ­ными данными, включая: сбор; систематизацию; накопление:, хранение; уточнение; использо­вание; передачу кругу лиц, определенному соглашениями и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях оказания медицинских услуг; обезличивание; блокирование; уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизиро­ванной обработки.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления опе­ратору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распростране­ние, в том числе передачу), прекращает оказание медицинских услуг заявителю или его несовершеннолетним детям с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечении трех лет с даты отзыва согласия.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или законного представителя расшифровка подписи

гражданина