

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

Дата рождения: «30» декабря 1899 г.

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

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

Адрес регистрации:

подтверждаю свое согласие на обработку **обработку ГКУЗ «Ленинградский областной противотуберкулезный диспансер», расположенным по адресу Санкт-Петербург, пер. Ногина, д.5 лит. «В»,** (далее – оператором) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессия, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде Российской Федерации (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 сохранять 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, определенным соглашениями и нормативно- правовыми актами, принятыми в целях реализации мер соц.поддержки; обезличивание; блокирование; уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки.

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 свое согласие.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи