

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
«ВСЕВОЛОЖСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»  
(ГБУЗ ЛО «ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ»)

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (Ф.И.О. полностью), \_\_\_\_\_,  
проживающ\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_ (по месту регистра-  
ции) \_\_\_\_\_, паспорт серии  
\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» (далее – Оператор) (ОГРН 1034700559244, ИНН/КПП 4703032701/470301001, расположенному по адресу: 188643, Ленинградская область, г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д. 20), в целях оказания мне медицинских услуг, на обработку моих персональных данных, совершаемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных:

фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, гражданство, паспортные данные, адрес проживания (регистрации), номер телефона, адрес электронной почты, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва мной, путем подачи Оператору заявления в простой письменной форме.

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

