

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

_____ серия _____ № _____

не возражаю против обработки ГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Казани (адрес: 420043, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Чехова, д.3), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- возраст;
- паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);
- сведения о трудовой деятельности (место работы);
- социальное положение;
- номера телефонов (мобильного и домашнего);
- сведения из страховых полисов обязательного медицинского страхования;
- адрес и место жительства;
- сведения о состоянии здоровья;
- биометрические персональные данные;

обрабатываемых с целью организации учета пациентов, физических лиц для оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления в ГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Казани письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____