

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ
ПАЦИЕНТОВ ПКБ № 5**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(индекс и адрес регистрации согласно паспорту)

Паспорт серии _____ № _____ выдан _____

(орган, выдавший паспорт и дата выдачи)

Являясь пациентом «Психиатрической клинической больницы №5 Государственного бюджетного учреждения Департамента здравоохранения Москвы» (далее - Оператор), находящегося по адресу;

142370, Московская область, Чеховский район, с.Троицкое, д. 5

Своей волей и в своём интересе выражаю согласие на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации обработку всех моих персональных данных, включая биометрические данные (в том числе изображение человека (фотография и видеозапись)), Оператором (т.е. совершение действий предусмотренных п.3 ч. 1 ст.3 Федерального закона от 27.07.2006г. №152 ФЗ «О персональных данных») и представляю право медицинским работникам в процессе оказания мне медицинской помощи передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и в стол справок в интересах моего обследования и лечения, в целях обеспечения соблюдения Закона и иных нормативных правовых актов по обеспечению моей личной безопасности, обеспечению сохранности имущества, оформлению доверенностей, безналичных платежей на мой счет, трудоустройства и возможного обучения.

Выражаю согласие на получение, хранение и обработку, а также передачу (при необходимости) моих персональных данных, включая биометрические данные (фотография и видеозапись), государственным организациям.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом ч.2 ст.6 и ч.2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152 ФЗ «О персональных данных» и может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Я ознакомлен с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

« ____ » _____ Г.

_____ (подпись)

Подпись _____ заверяю

Дежурный врач _____

Зав. отделением _____