

Директору ФБУ Центра реабилитации ФСС РФ «Вятские Увалы»
Ахметзянову Фариду Исмагиловичу
(613002, Кировская область, Кирово-Чепецкий район, село Бурмакино)

От (Ф.И.О. полностью): _____

Место регистрации (полностью): _____

паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

Телефон: _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В целях правильного установления диагноза и качественного оказания медицинских услуг, а также соблюдения требований, установленных законодательствами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации при нахождении в центрах реабилитации и в местах санаторно-курортного типа, я даю согласие ФБУ Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Вятские Увалы» (далее – Центр реабилитации) на период пребывания в Центре реабилитации и на период хранения, установленного для медицинских учреждений стационарного типа, на автоматизированную и без использования средств автоматизации обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих, указанных в настоящем согласии, персональных данных, а именно: для оказания мне медицинских и иных, сопутствующих в Центре реабилитации услуг (проживание, питание, досуг), для ведения установленных для медицинских учреждений медицинских карт, реестров и различных видов отчетных форм.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

Фамилия, имя, отчество. Пол. Год, месяц, дата и место рождения. Место жительства и место пребывания, номер телефона. Социальное положение. Диагноз. Состояние здоровья и виды оказанных медицинских услуг. Данные паспорта, ИНН, свидетельства ОМС (ДМС), свидетельства государственного пенсионного страхования.

Ф.И.О.

Подпись

Дата

С Правилами внутреннего
распорядка ознакомлен

подпись

/ _____
расшифровка подписи