

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся (ая) _____
(Ф.И.О. полностью)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

Проживающий (ая) по адресу: _____,

Контактный телефон: +7(_____) _____

Паспорт: _____ серия _____ номер _____,

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

СНИЛС _____ Полис ОМС _____

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку

(наименование учреждений)

моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), и другую информацию – для внесения сведений в Федеральный регистр вакцинированных от COVID-19, в подсистеме автоматизированного сбора информации ЕГИСЗ.

Подпись субъекта персональных данных _____

« _____ » _____ 2021 расшифровка подписи