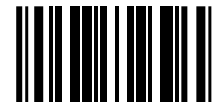




федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
имени академика Е.Н. Мешалкина»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



(ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

Речкуновская ул., д. 15, Новосибирск, 630055
тел.: (383) 347 60 58, факс: (383) 332 24 37
e-mail: mail@meshalkin.ru; <http://www.meshalkin.ru>
ОКПО 01966756; ОГРН 1025403647213; ИНН/КПП 5408106348/540801001

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
(адрес: _____,
основной документ, удостоверяющий личность: _____, когда выдан: _____, кем выдан: _____),

являясь представителем _____
(адрес: _____,
основной документ, удостоверяющий личность: _____, когда выдан: _____, кем выдан: _____)

(далее – Пациент) на основании: _____,
(документ, подтверждающий полномочия представителя (наименование документа, реквизиты))
в целях организации получения Пациентом медицинских услуг даю согласие федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (сокращенное наименование – ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России), находящемуся по адресу: 630055, Российская Федерация, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15, (далее – Центр) на обработку¹, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных услуг», следующих персональных данных Пациента:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- дата рождения;
- пол;
- гражданство;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина (наименование, серия и номер, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ);
- данные о пересечении границы (ожидаемый пункт пропуска, номер визы, период въезда):

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую свободно, своей волей и в интересах Пациента.

Настоящее согласие действует со дня подписания и в течение всего срока хранения медицинской документации Пациента. Отзыв настоящего согласия осуществляется путем подачи мною или Пациентом письменного заявления об отзыве в канцелярию Центра либо путем направления письменного заявления в адрес Центра по почте заказным письмом с уведомлением.

«__» _____ Г.

(подпись представителя, фамилия, имя, отчество собственноручно)

¹ Обработка персональных данных – любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием или без использования средств автоматизации, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Подпись пациента о прочтении данной страницы _____