

Главному врачу  
Федерального государственного  
бюджетного учреждения  
«Поликлиника №5» Управления делами  
Президента Российской Федерации  
Е.Б. Александровой

### ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер  
< \_\_\_\_\_ >, выдан < \_\_\_\_\_ > года < \_\_\_\_\_ > (далее — Пациент),

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 21.07.2013 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку ФГБУ  
«ПОЛИКЛИНИКА №5» (далее — Поликлиника) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения,  
адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, реквизиты полиса медицинского страхования;

в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской  
Федерации», даю свое согласие на:

предоставление информации о медицинских услугах (сведений, составляющих врачебную тайну), должностным лицам Поликлиники  
и/или работникам страховых медицинских организаций в интересах моего обследования и лечения, также выполнения передо мной иных  
договорных обязательств.

Предоставляю Поликлинике право осуществлять/совершать все необходимые действия (операции) с моими персональными данными и  
сведениями о состоянии моего здоровья, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование,  
обезличивание, блокирование, уничтожение в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания  
медицинских услуг.

Поликлиника имеет право на прием, обработку и передачу моих персональных данных и информации о состоянии моего здоровья  
страховым медицинским организациям с использованием электронных носителей или по каналам связи, отвечающим требованиям защиты  
персональных данных.

Настоящим согласием разрешаю выкладывать в личный кабинет пациента в электронном формате мои персональные данные, в том  
числе информацию, составляющую врачебную тайну, в том числе результаты исследований, приемы врачей-специалистов и т.д.

Настоящее согласие дано мной лично и действует бессрочно.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

08.02.2022 года

(фамилия, имя, отчество полностью, подпись)