

**СОГЛАСИЕ**  
представителя пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, проживающий  
(фамилия, имя, отчество представителя пациента)

по адресу \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_  
(адрес представителя пациента)

номер \_\_\_\_\_, ВЫДАН \_\_\_\_\_  
(указать орган, которым выдан паспорт)

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года  
(дата выдачи паспорта)

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ  
«О персональных данных» с целью оказания медицинской помощи и  
мониторинга данных о состоянии здоровья с использованием региональной  
информационной системы здравоохранения Тульской области (РИСЗ ТО)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

проживающего по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных,

\_\_\_\_\_  
сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

даю согласие следующему оператору персональных данных \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование и адрес государственного учреждения здравоохранения Тульской области, являющегося оператором  
персональных данных,

\_\_\_\_\_  
осуществляющее сбор и внесение персональных данных в РИСЗ ТО)

на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем согласии,  
и следующего перечня персональных данных указанного выше пациента:  
фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения,  
гражданство, место жительства, место регистрации, дата регистрации, пол,  
данные документа, удостоверяющего личность, данные полиса медицинского  
страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в  
Пенсионном фонде России (СНИЛС), телефон, анамнез, диагноз, вид  
оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи,  
сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской  
помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер  
выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об

оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: внесение данных в информационную систему РИСЗ ТО, сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передача (предоставление доступа) другим операторам персональных данных, осуществляющих эксплуатацию РИСЗ ТО в соответствии со своими полномочиями, а именно:

Министерство здравоохранения Российской Федерации (адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3);

Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (адрес: 125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 7);

Министерство здравоохранения Тульской области (адрес: 300045, Тульская область, город Тула, Оборонная улица, 114г);

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Тульский областной медицинский информационно-аналитический центр» (адрес: 300045, Тульская область, город Тула, Оборонная улица, 114г);

Государственное автономное учреждение Тульской области «Центр информационных технологий» (адрес: 300041, г. Тула, пр. Ленина, д. 2);

Государственные учреждения здравоохранения Тульской области;

Общее описание используемых способов обработки персональных данных: смешанная обработка, с передачей по внутренней сети указанных операторов персональных данных, с передачей по сети «Интернет» с использованием защищенных каналов связи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до окончания срока эксплуатации РИСЗ ТО.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных в любой момент на основании письменного заявления, поданного в адрес оператора персональных данных.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ Г.  
(дата, месяц и год заполнения)

