

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе от предоставления персональных данных пациента.

Руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим заявлением выражаю свой отказ от предоставления Обществу с ограниченной ответственностью «Надежда» (далее Исполнитель) своих персональных данных в части **фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, паспортных данных, информации о месте жительства (пребывания), месте работы** и иной информации о себе. В соответствии с п.11.1 приложения №2 к Приказу МЗ РФ №834н медицинская карта заполняется на основании сведений, содержащихся в паспорте гражданина. Таким образом, в отсутствии персональных данных невозможно заполнение и ведение медицинской карты пациента

Мне разъяснено, и я согласен с тем, что:

- вся информация обо мне, в том числе медицинского характера (медицинская карта амбулаторного больного, результаты обследований, анализов), будет аннулирована и изъята из информационной системы (ЕГИСЗ), базы данных ООО «Надежда» и МИС «1С Медицина»;

- исполнитель не будет иметь возможности предоставлять мне официальные документы, имеющие юридическую силу, в которых в обязательном порядке должны быть указаны персональные данные лица, в отношении которого выдаются соответствующие документы, а именно: медицинские справки, выписки из истории болезни, копии заключений врача, копии результатов анализов и инструментальных методов исследований.

- в день написания данного заявления договор об оказании платных медицинских услуг автоматически расторгается, если отсутствуют задолженности пациента.

- при наличии задолженностей я обязуюсь в течение 24 часов закрыть все долговые финансовые обязательства перед Исполнителем, после чего обработка моих персональных данных будет прекращена.

Я даю свое согласие Исполнителю на автоматизированное, а также без использования средств автоматизации, обезличивание, блокирование, уничтожение указанных персональных данных.

Дата _____

Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отказе от предоставления персональных данных пациента.

Руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим заявлением выражаю свой отказ от предоставления Обществу с ограниченной ответственностью «Надежда» (далее Исполнитель) своих персональных данных в части **фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, паспортных данных, информации о месте жительства (пребывания), месте работы** и иной информации о себе. В соответствии с п.11.1 приложения №2 к Приказу МЗ РФ №834н медицинская карта заполняется на основании сведений, содержащихся в паспорте гражданина. Таким образом, в отсутствии персональных данных невозможно заполнение и ведение медицинской карты пациента

Мне разъяснено, и я согласен с тем, что:

- вся информация обо мне, в том числе медицинского характера (медицинская карта амбулаторного больного, результаты обследований, анализов), будет аннулирована и изъята из информационной системы (ЕГИСЗ), базы данных ООО «Надежда» и МИС «1С Медицина»;

- исполнитель не будет иметь возможности предоставлять мне официальные документы, имеющие юридическую силу, в которых в обязательном порядке должны быть указаны персональные данные лица, в отношении которого выдаются соответствующие документы, а именно: медицинские справки, выписки из истории болезни, копии заключений врача, копии результатов анализов и инструментальных методов исследований.

- в день написания данного заявления договор об оказании платных медицинских услуг автоматически расторгается, если отсутствуют задолженности пациента.

- при наличии задолженностей я обязуюсь в течение 24 часов закрыть все долговые финансовые обязательства перед Исполнителем, после чего обработка моих персональных данных будет прекращена.

Я даю свое согласие Исполнителю на автоматизированное, а также без использования средств автоматизации, обезличивание, блокирование, уничтожение указанных персональных данных.

Дата _____

Подпись _____