

Главному врачу ГБУЗ ЧОПАБ
В.В. Лукину

от _____

проживающего (ей) по адресу:

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____ г. _____

Тел. _____

Заявление

Прошу выдать гистологические препараты и парафиновые блоки
_____ для дальнейшего исследования.

(ФИО пациента)

_____ (документ, подтверждающий родство, в случае получения гистологических препаратов и парафиновых блоков пациента родственниками).

Дата _____ подпись _____

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных), "___" _____ года рождения,
проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____
№ _____, выдан "___" _____ г. _____,
руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
персональных данных»,

даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения
«Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (ГБУЗ ЧОПАБ) Адрес места
нахождения: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д.249, строение 3 (далее - Оператор) на
автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих
персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,
уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу
(предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение
персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места
жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность)
в целях получения мною в ГБУЗ ЧОПАБ гистологических препаратов и парафиновых
блоков.

Настоящее согласие действует в течение всего срока, предусмотренного для
подготовки ответа на обращение гражданина и срока хранения документации,
содержащей вышеуказанную информацию, определяемого в соответствии с ФЗ РФ от
22.10.2004 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» (5 лет).

Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного
уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении,
либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор
обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить, либо обезличить персональные
данные Субъекта.

«___» _____ 20___ г. _____/_____

подпись

Согласие получено "___" _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____/
(подпись, Ф.И.О.)