

## Уведомление и согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)  
Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «\_\_\_\_\_» (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату, рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции), с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор, в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Уведомление и согласие на обработку персональных данных прочитано мною лично, условия мне разъяснены и понятны

Даю свое согласие на передачу моих персональных данных \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О полностью) паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Настоящее соглашение дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует бессрочно.  
Контактный телефон \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес \_\_\_\_\_  
Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_