

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(ФИО)

паспорт _____ выдан _____,
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями п. 1 ст. 6, ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных”.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: Общество с ограниченной ответственностью «Центр Медицины», 119071, г. Москва, ул. Калужская Малая, д. 15, стр.16, пом. XV, комн.20.

Причиной и целью обработки персональных данных является:

Получение доступа к информации об оказании медицинских услуг физическим и юридическим лицам (объектам персональных данных) и иной врачебной тайне для целей, связанных с моей работой.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, моем диагнозе, имеющихся заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, осуществляемую как в медико-профилактических целях, так и в целях установления медицинского диагноза или оказания мне медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным хранить врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе с моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, а также передачу моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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



**ЦЕНТР
МЕДИЦИНЫ**

119071, город Москва, улица Малая Калужская, дом
15, строение 16, помещение XV, комната 20

ООО «Центр Медицины»
ИНН/КПП 7725339160/772501001
ОГРН 5167746302422
Р/с 40702810801300011320
БИК 044525593
К/с 30101810200000000593
АО «Альфа-Банк», г. Москва

расписку представителю Оператора. В случае получения письменного уведомления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Причиной и целью обработки персональных данных является:

Принятие условий оферты, размещенной на сайте ____, посредством дачи согласия на получение услуг от Оператора

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных:

Подпись

ФИО