

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт № _____ серия _____ выдан
_____, зарегистрированный(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан _____

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О.)
ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", свое волей и в своем интересе выражаю ООО ЛЕЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ «ОРМЕДИУМ» (далее – Общество), зарегистрированному по адресу: Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Нефтекамск, улица Социалистическая, дом 93, свое согласие на обработку, предполагающую сбор (непосредственно от клиента, от третьих лиц, путем направления запросов в органы государственной власти, органы местного самоуправления, из иных общедоступных информационных ресурсов, из архивов), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) извлечение, использование, передачу предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих **персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, 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. Исполнитель 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 (документов).

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись Пациента/Законного представителя _____