

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, **<ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>**,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

зарегистрирован по адресу: **<ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>**

проживающий по адресу: **<ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ>**

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

паспорт серии **<ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ>**, номер **<ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>**, выданный **<ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>** **<ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>** года

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

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ ДО18>

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Подологии», ОГРН 1246300028314, ИНН/КПП 6317168437/ 631701001, место нахождения 443001, Россия, Самарская область, городской округ Самара, вн. р-н Ленинский, г. Самара, ул. Ленинская, д. 310, помещ. нб (далее - Оператор) на обработку Оператором (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц. с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по своей воле и в своем интересе.

Согласие дается мною для целей исполнения требований законодательства в области предоставления медицинских услуг, исполнения условий договора оказания платных медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора и распространяется на следующую информацию:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медикопрофилактических 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.

Отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом Оператор хранит персональные данные в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то органам государственным власти.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных в

_____.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ> <ПАЦИЕНТ ТЕЛЕФОН>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

<ДАТА> г.
(дата оформления)



Yulia Politaeva
ПОДОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА