



Дата: _____

Наименование Оператора: Общество с ограниченной ответственностью "НЛ-Клиника"
Адрес Оператора: 117393, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 64, к. 2

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(именуемый в дальнейшем "Субъект"), проживающий (ая) по адресу

_____, паспорт № _____ выдан (дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

В процессе оказания мне Оператором 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.

Настоящее согласие дано мной и действует один год. Действие согласия продлевается каждый раз на следующий период, равный первоначальному сроку действия.

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. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Оператор имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье (здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Я согласен получать информацию о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, новостях клиники, акциях и спецпредложениях посредством СМС-рассылки и электронной почты.

Да e-mail: _____

Нет

Пациент _____ (_____)