

Согласие на обработку персональных данных

Я _____ (ФИО), паспорт _____ (серия, номер), в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО МЦ «Формула здоровья» (Оператор), расположенного по адресу: Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 270, помещение 200, на обработку моих персональных данных (включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью), то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», 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 о врачебной тайне 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.

Настоящее согласие действует бессрочно со дня его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных:

_____/_____
(подпись) (ФИО)

дата _____