

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО) проживающий  
(ая) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

паспорт № \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_, выдан (дата и наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_ В

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. номер 152-ФЗ « о персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Подоклиника» 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 - 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.

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

Предоставляю ООО «Подоклиника» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Подоклиника» в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Подоклиника» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО «Подоклиника» обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской мне помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_