

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____
(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО пациента или законного представителя (для недееспособных))

ГОДА РОЖДЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИЙ (АЯ) ПО АДРЕСУ: _____

паспорт: серия _____, № _____, выдан _____

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ООО «Симед-Крым». на обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, место работы, данные о состоянии моего здоровья, информацию о моих заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, с целью установления диагноза, с целью оказания медицинских услуг). Настоящее согласие действует в период прохождения обследования у ООО «Симед-Крым». Даю согласие при условии, что обработка данных будет осуществляться лицом (оператором), профессионально, занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю Оператору право осуществлять использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу, включение в списки (реестры) и отчетные формы. Передача моих персональных данных лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть передан мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отказе от настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку немедленно.

Дата _____

_____ Подпись пациента или ближайших родственников (опекунов)