

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я,

\_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_ г., документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_, серия  
№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный (ая)  
по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):  
являясь \_\_\_\_\_ законным представителем \_\_\_\_\_ несовершеннолетнего/недееспособного \_\_\_\_\_ лица  
\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «АС МЕДИКЭЛ»** (ОГРН 1239300007297 ИНН 9310008790 КПП 931001001, юридический адрес: ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА, Г.О. МАРИУПОЛЬ, Г. МАРИУПОЛЬ, ПЕР. ЯЛТИНСКИЙ, Д. 12; (далее - «Исполнитель»), в лице директора Морозова Александра Сергеевича, моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, данные о состоянии моего/ представляемого мною лица здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в следующих целях:

- 1) в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза, в целях оказания медицинских услуг по договору на оказание платных медицинских услуг;
- 2) проведения рекламных и маркетинговых мероприятий в отношении Пациентов (Заказчиков)
- 3) напоминание о записи на прием посредством сообщений (СМС, на эл. почту (при наличии)).

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской услуги, я предоставляю право Исполнителю, передавать мои/ представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего/ представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Наименование или фамилия, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу \_\_\_\_\_

(указать полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество и адрес физического лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, которому будет поручена обработка (при наличии)).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих/представляемого мною лица 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 данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской услуги.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО пациента/Заказчика)