

Согласие на обработку персональных данных

Я,

Ф.И.О. полностью

адрес (по месту регистрации), телефон

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата, название выдавшего органа)

в лице законного представителя (при наличии) _____

(Ф.И.О. полностью)

адрес (по месту регистрации), контактный телефон

Паспорт серия _____ номер _____ Выдан _____

(дата, название выдавшего органа)

(реквизиты документа подтверждающего полномочия)

(далее «Пациент»), в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, даю согласие на обработку Обществом с Ограниченной Ответственностью «Вектор-А», ОГРН 1173443010036, располагающемуся по адресу: Волгоградская обл. г. Суровикино, ул. Шоссейная д.61 (далее «Оператор»), моих персональных данных и персональных данных моего законного представителя (при наличии), а именно: паспортные данные, фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, e-mail, реквизиты полиса ДМС (при его наличии), страхового номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии здоровья в медико-профилактических целях в интересах моего обследования и лечения.

Согласие дано в целях установления диагноза, оказания медицинских услуг, информирования об услугах и записи (уведомление об услугах, напоминание о записи на прием), оформления договорных отношений с пациентом, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения вышеуказанных целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать (включая прием и передачу) мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

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

Я уведомлен, что в соответствии с Приказом № 408 от 3 августа 2023 г. «Об утверждении Перечня документов, образующихся в деятельности Министерства здравоохранения РФ и подведомственных ему организаций, с указанием сроков хранения» Оператор обязан хранить медицинскую документацию в течение установленных сроков, и на эту обязанность Оператора не может повлиять отзыв настоящего согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. и действует до дня его отзыва в письменной форме.

Пациент _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)