

Согласие на обработку персональных данных

г. Хабаровск

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____ ФИО _____,
__дата__ рождения __г. __ рождения, _____ проживающий(ая) _____ по
адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина Российской Федерации
серия: _____ номер _____, выдан « ____ » _____ 20__ г. кем
выдан _____,

действующий(ая) в своих интересах/ в интересах _____,
в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных
данных», даю согласие оператору: ООО «Нефертити» (ИНН 2721086343 / КПП 272101001
ОКПО 57361108, ОГРН 1022700920252, Лицензия ФС по надзору в сфере здравоохранения и
социального развития № ЛО-27-01-002031 от 20 апреля 2016г.,
Юридический/Фактический адрес: 680000 г. Хабаровск, ул. Калинина 71, офис 1 тел: (4212) 308-325,
эл. почта clinic-nefertiti@mail.ru) на обработку моих персональных данных с целью создания
необходимых условий для реализации Федеральных законов, Указов Президента Российской
Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, законодательных и
подзаконных актов субъектов Российской Федерации, и иных нормативно-правовых актов,
направленных на оказание медицинских услуг, подготовке документов по реализации
медицинских услуг, обеспечения органов государственной власти и органов местного
самоуправления актуальной и достоверной информацией, передачу информации в
организации и предприятия, и иных целей, связанных с деятельностью медицинской
организации.

Мои персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают:
*фамилию, имя, отчество; год, месяц, дату рождения; место рождения; номер и серию
основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту
жительства или пребывания; контактный телефон; сведения о наградах, медалях,
поощрениях, почетных званиях; сведения о платежных реквизитах (№ счета в банке,
почтовое отделение, № пластиковой карты); информация об образовании (наименование
образовательного учреждения, сведения о документах, подтверждающие образование:
наименование, номер, дата выдачи, специальность); информация о трудовой деятельности
(место работы, должность); данные о состоянии здоровья; семейное положение и состав
семьи (муж/жена, дети).*

Выражаю свое добровольное согласие на фото-, видео-фиксацию, видеонаблюдение и
фото-, видео-документирование _____ / _____ ФИО _____ /

Действия с моими персональными данными включают в себя сбор персональных
данных, их накопление, систематизацию и хранение в автоматизированной системе обработки
информации по оказанию медицинских услуг, их уточнение (обновление, изменение),
обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу (распространение) сторонним
организациям для целей реализации моих прав и законных интересов.

Информация передается по защищенному каналу связи с использованием
информационно-телекоммуникационных сетей, или иными, предусмотренными
законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему
письменному заявлению (отзыву), согласно п. 1 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №
152-ФЗ «О персональных данных», согласие может быть отозвано при условии письменного
уведомления оператора не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения
использования данных оператором.

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (_____ ФИО пациента _____)