

# 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 п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие оператору: ООО «Нефертити» (ИНН\КПП 2725064020/272501001 ОГРН 1072722005267, Лицензия ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № ЛО-27-01-001096 от 22 мая 2013г., Юридический/Фактический адрес: 680054 г. Хабаровск, ул. Профессора Даниловского 20, телефон./факс (4212) 766-240, 766-230, сот. тел. 8-914-400-27-02, эл. почта [766240@mail.ru](mailto:766240@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 \_\_\_\_\_ )