

## 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 2721146970 / КПП 272101001  
ОКПО 80030699, ОГРН 1072721004190, Лицензия ФС по надзору в сфере здравоохранения и  
социального развития № ЛО-27-01-000937 от 12 декабря 2012г.,  
Юридический/Фактический адрес: 680000 г. Хабаровск, ул. Калинина 71, офис 1 тел: (4212) 303-000,  
эл. почта [clinic-nefertiti@mail.ru](mailto: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 \_\_\_\_\_ )