СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»,

я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу:_____
_____
(адрес регистрации)

паспорт гражданина Российской Федерации серия_____ № _____,
выданный _____
(дата выдачи, наименование органа выдавшего документ)

являясь пациентом, обратившимся за оказанием медицинских услуг

даю согласие на обработку моих персональных данных, включающих:

фамилия, имя, отчество; адрес электронной почты; номер телефона.

ООО «Надежда», 424004. Республика Марий Эл, г.Йошкар-Ола, ул.Первомайская, д.49, помещ.2 в целях оказания медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я предоставляю ООО «Надежда» право на:

– осуществление следующих операций с моими персональными данными: сбор; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); передача; уничтожение с использованием средств вычислительной техники и без использования таких средств с передачей по внутренней сети организации;

– обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включение моих персональных данных в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами государственных (федеральных, региональных) и муниципальных органов власти, регламентирующих предоставление отчетных данных;

– на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, в порядке, установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

– передачу мох персональных данных, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «Надежда», в интересах моего обследования и лечения.

Настоящее согласие действует на период обработки в соответствии с действующим законодательством и установленными в ООО «Надежда» сроками делопроизводства, в том числе сроками, определенными действующей номенклатурой дел ООО «Надежда».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа (отзыва), который может быть направлен мной в адрес ООО «Надежда».

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

«___»_____20___г.