



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Г.

Я, _____,

(Фамилия Имя Отчество (представитель субъекта персональных данных))

основной документ, удостоверяющий личность _____

(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

проживающий по адресу: _____

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) _____,

(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных)

на основании _____

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

проживающего по адресу: _____

настоящим подтверждаю, что свободно, своей волей и в своих интересах даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Прогрессивные Медицинские Технологии – Лаборатория» (ООО «ПМТ-Лаборатория»), расположенному по адресу: 454112, г. Челябинск, Комсомольский проспект, 45А, далее – «Оператор», на обработку следующих моих персональных данных, (см. п. 3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях получения медицинских услуг, получения платных медицинских услуг.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении персональных данных представляемого мной субъекта, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

3. Перечень передаваемых персональных данных:

- 3.1. Фамилия Имя Отчество;
- 3.2. Дата рождения;
- 3.3. Место рождения;
- 3.4. Документ, удостоверяющий личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, код органа, выдавшего документ);
- 3.5. Адрес регистрации;
- 3.6. Адрес места жительства;
- 3.7. Дата регистрации;
- 3.8. Номер телефона;
- 3.9. Адрес электронной почты;
- 3.10. Пол;

- 3.11. Возраст;
- 3.12. Гражданство;
- 3.13. ИНН;
- 3.14. СНИЛС;
- 3.15. Номер полиса ОМС/ДМС;
- 3.16. Результаты исследований;
- 3.17. Сведения о состоянии здоровья;
- 3.18. Сведения о группе крови.

4. Оператор имеет право передавать мои персональные данные на обработку в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. В рамках исполнения функций, предусмотренных договором на оказание медицинских услуг и в соответствии с п. 2 ст. 6 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006 г., Оператор имеет право передавать персональные данные субъекта, в целях оказания медицинских услуг, в сторонние организации: Обществу с ограниченной ответственностью «Прогрессивные Медицинские Технологии» (ООО «ПМТ»); Обществу с ограниченной ответственностью «Центр Прогрессивные Медицинские Технологии» (ООО «ЦПМТ»), и/или иному третьему лицу, с которым у оператора заключен договор в случае, если это необходимо для исполнения обязательств, предусмотренных Договором на оказание медицинских услуг с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа.

6. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006 г.).

7. Настоящее согласие дается до окончания договорных отношений и момента утраты правовых оснований обработки персональных данных, после чего персональные данные уничтожаются.

8. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного запроса в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

_____/_____
(подпись) (И.О. Фамилия)