



МЦ "Суворовский"
Телефоны: +7(863)310-03-03
Email: mcsuvorovsky@mail.ru Сайт: www.mcsuvorovsky.ru
Адрес: 344064, Россия, Ростовская область, г. Ростов на Дону, Вавилова, 124, 6

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
дата рождения _____, зарегистрированный по адресу: _____

телефон _____ документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ № _____ выдан _____

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

реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных)

В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку ООО МЦ «Суворовский» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, паспортные данные, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в целях выполнения иных обязательств по договору, а также выполнения Оператором возложенных на него действующим законодательством функций и обязанностей.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие медицинскую (врачебную) тайну, другим должностным лицам Оператора и в другие медицинские учреждения, в том числе по средствам объединенных баз данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в базу данных, включение в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия (в соответствии с требованиями статьи 7 ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ)

Настоящее согласие дано мной _____._____._____ г., действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Я проинформирован(а), что даже в случае отзыва согласия (отказа от его предоставления) мои персональные данные могут обрабатываться без моего согласия в случаях и порядке, предусмотренных Законом № 152-ФЗ «О персональных данных».

Согласно § 1. ст. 18 №38-ФЗ "О рекламе" даю/ не даю (нужное подчеркнуть) добровольное согласие на получение уведомлений о записи, информации об услугах и сообщений информационного и рекламного характера через смс.

_____ / _____
(подпись) (расшифровка)