

СОГЛАСИЕ
законного представителя пациента на обработку персональных данных

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____,
_____ , паспорт _____
(место регистрации)
_____, выдан _____
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

являющийся(аяся) законным представителем моего ребенка, внука (нужное подчеркнуть) _____,
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ года рождения, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания ему медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЗДРАВЬЕ» (далее – Оператор) моих персональных данных и моего ребенка, внука (нужное подчеркнуть), а именно: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; адрес места жительства; телефон; дата рождения моего ребенка; внука (нужное подчеркнуть); сведения о состоянии его здоровья; заболеваниях; случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях; назначенном и проведенном лечении; данных рекомендаций.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, внука (нужное подчеркнуть) Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором моему ребенку, внуку (нужное подчеркнуть) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения моего ребенка, внука (нужное подчеркнуть).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____,
_____ (место регистрации), паспорт _____
_____, выдан _____
(серия и номер) (дата, название выдавшего
органа)

_____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания ему медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЗДРАВЬЕ» (далее – Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; дата рождения; паспортные данные; адрес места жительства; телефон; сведения о состоянии моего здоровья; заболевания; случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях; назначенном и проведенном лечении; данных рекомендаций.

В соответствии с требованиями ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 202__ г. и 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата: «___» _____ 20__ г.

Пациент _____

Директор ООО «ЗДРАВЬЕ»
_____ Михалькова Н.В.
МП