

Обществу с ограниченной ответственностью «МК ИЛМАРИ»

Юридический и фактический адрес: 194156, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. Муниципальный округ Светлановское, ул. Манчестерская, д. 5 к. 1, стр.1, помещение 108 Н.

от _____

(Ф.И.О. Пациента)

_____ " _____ " _____ года рождения,

проживающего по адресу: _____

телефон: _____,

адрес электронной почты: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, действуя в своих интересах в соответствии со [ст. 9](#) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «МК ИЛМАРИ» (ИНН: 7802949692 КПП: 780201001 ОГРН: 1247800011986) (далее - «Оператор») на обработку следующих персональных данных (далее – персональные данные): фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, адрес, контактные телефон(ы) (домашний и мобильный), адрес электронной почты, тип документа, удостоверяющего личность, данные документа, удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания, фотография, данные страхового номера индивидуального лицевого счета, антропометрические данные, профессия, место работы и должность, семейное положение, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении углубленных медицинских обследований и медицинских осмотров, заключения и рекомендации врачей.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление всех действий (операции) в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Оператор осуществляет обработку персональных данных как автоматизированным, так и неавтоматизированным способами. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора.

Я согласен, что Оператор имеет право во исполнение своих обязательств предоставлять персональные данные, в том числе данные о состоянии здоровья, лечения и обследования органам государственной власти и организациям в рамках осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует установленному действующим законодательством РФ сроку хранения документов, составленных в отношении потребителя медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента представления бессрочно. Я оставляю за собой право отзывать 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, кроме случаев, установленных законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в своих интересах.

Настоящее согласие дано мной с подтверждением того, что указанные персональные данные проверены и внесены верно:

(ФИО Пациента)

_____ / _____ 20 ____ г.
(подпись) (дата)