

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Пациент, \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_ код подразделения: \_\_\_\_\_,  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ ТРУДА" (далее - Общество), место нахождения: 142204, Московская область, г. Серпухов, ул. Химиков, д. 1, помещение 1 моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мною для целей заключения с Обществом Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ и распространяется на следующую информацию: мои - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес места жительства, данные документа, удостоверяющего личность, состояние здоровья, результаты анализов, номер телефона, далее «Персональные данные».

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации. В случае отзыва настоящего согласия Общество обязано прекратить обработку Персональных данных. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе отправка результатов анализов, исследований, осмотров, справок о необходимости дообследования на электронную почту [example2020@internet.ru](mailto:example2020@internet.ru)), обезличивание, блокирование, уничтожение Персональных данных. Обработка Персональных данных осуществляется Обществом с применением следующих основных способов (но, не ограничиваясь ими): сбор, хранение, запись на электронные носители и их хранение, составление перечней, маркировка.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных в настоящем согласии целях, а также в случае уступки Обществом принадлежащих ему прав и полномочий иному лицу, либо в составе отчетности, предоставляемой в надзорные органы, Общество вправе в необходимом объеме передавать Персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять соответствующие документы, содержащие Персональные данные.

Даю своё согласие на использование моих персональных данных (номера телефона, электронной почты) с целью передачи мне информации о готовности к выдаче результатов полученных мною медицинских услуг, а также информационных и рекламных сообщений о планируемых мероприятиях, акциях, скидках, новых медицинских услугах и иной смс- рассылки, связанной с деятельностью медицинской организации.

Дата: \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Медработник \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /