

Общество с ограниченной ответственностью
«Остеовиталь»
ОГРН 5157746038654
Лицензия № ЛО-77-01-017036 от 16.11.2018 г.
Фактический адрес: 124683 г. Москва, вн. тер.муниципальный
округ Крюково, г. Зеленоград, к. 1561
Телефон: 8 (495) 108-11-06

**Заявление
пациента о согласии на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О.),
«__» _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____, паспорт: серия _____ № _____,
выдан «__» _____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10
Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие
ООО «Остеовиталь» (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а
также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись,
систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,
передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных
данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы,
данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), страховой номер индивидуального лицевого
счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской
помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных
рекомендациях.

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.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу
данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими
предоставление отчетных данных (документов) на оказание ПМУ.

Я не возражаю против получения дополнительной информации, в том числе сообщений, уведомлений со
стороны ООО «Остеовиталь» по указанным мною контактными данным:

Мобильный телефон: _____

Электронная почта (e-mail): _____

Я даю согласие на передачу моих персональных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну и
прошу направить мне по вышеуказанному адресу электронной почты результаты моего обследования.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на
основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения
моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве
настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/ _____ «__» _____ г.
(подпись, Ф.И.О. субъекта персональных данных)