

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. субъекта персональных данных), «__» _____ 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 _____ (кем является) _____ (ФИО) медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих и его 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), данные полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

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

Оператор вправе обрабатывать мои и его 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 сообщения, уведомления со стороны ООО «Остеовиталь» по указанным мною контактными данным:

Мобильный телефон: _____

Электронная почта (e-mail): _____

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

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.

(подпись, Ф.И.О. субъекта персональных данных)

«__» _____ 20__ г.