

# Общество с ограниченной ответственностью «Семейная клиника «Арника»

Россия, 660021, город Красноярск, Красная площадь, дом 9 «а», пом. 70, тел.: 8 (391) 234-55-55

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт при наличии \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (кем, когда выдан)

Зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку \_\_\_\_\_, расположенному по адресу: \_\_\_\_\_ (далее-Оператор) моих персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня и других лиц.

Персональные данные, на обработку которых, я даю свое согласие включают следующую информацию: моя фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес, контактные данные, профессия, место работы, реквизиты страхового полиса, идентификационный номер налогоплательщика(ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору.

Мои персональные данные могут быть получены Оператором как от меня лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности может предоставить мои Персональные данные третьему лицу, в том числе не медицинской организации, а так же в случаях привлечения третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях.

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных будет осуществляться в соответствие со страховым законодательством и иным законодательством РФ, в случае оказания мне медицинских услуг по программам обязательного и(или) добровольного страхования.

Я согласен с тем, что Оператор в связи с передачей, принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и(или) документы, содержащие мои Персональные данные.

Я согласен с тем, что обработка моих Персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документации, которой определяется законодательством РФ. Срок хранения амбулаторной карты составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора всё равно остаются основания для обработки моих Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ.

Подписывая согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел(а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата оформления)