

**Обществу с ограниченной ответственностью
«ГЛОБАЛ МЕДИКАЛ СИСТЕМ»
Юридический и фактический адрес: 121099, Москва, 1-й
Николощеповский пер., д.6, стр.1**

от _____
(Ф.И.О. Пациента)

зарегистрированного по адресу: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

**СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных третьим лицам**

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 «ГЛОБАЛ МЕДИКАЛ СИСТЕМ» (ОГРН 5147746196692, ИНН 7704876260) далее - «Оператор») на передачу моих персональных данных:

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, 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 врачей, кодовое слово при его наличии, третьим лицам, список которых указан на сайте по адресу: https://www.gmsclinic.ru/upload/docs/Perechen_tretikh_lits_smol.pdf в целях оказания медицинских услуг, включая проведение лабораторных анализов, направление или перевод в иные медицинские организации; предоставления мне письменно и/или устно сведений, составляющих мою врачебную тайну, по указанным в настоящем согласии адресу электронной почты и номеру телефона.

Оператор имеет право на передачу персональных данных третьим лицам с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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.

Настоящее согласие действует с момента представления до момента достижения цели обработки персональных данных. Я оставляю за собой право отозвать 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.

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)