

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 «МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО» (ОГРН 1177746205570, ИНН 7708311687 (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, антропометрические и биометрические данные, 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 и рекомендации врачей, третьим лицам, список которых указан на сайте по адресу:

https://www.gmsclinic.ru/upload/docs/Перечень_третьих_лиц.pdf,

в целях оказания медицинских услуг, включая проведение лабораторных анализов, направление или перевод в иные медицинские организации.

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 бессрочно. 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)

(подпись)

_____/_____
20__ г.
(дата)