

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ
ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. пациента персональных данных: _____

Адрес регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Серия, номер и дата выдачи: _____

Орган, выдавший документ: _____

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «АвиценМед», расположенному по адресу: Российская Федерация, город Москва, улица Цветного бульвара дом 21 строение 6, на обработку персональных данных для оказания медицинских, косметологических и иных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, диагноз, сведения об организации (ях), в которые обращался Клиент до момента обращения к Оператору, оказавшей медицинские, косметологические и иные услуги, вид оказанной медицинской, косметологической и иной услуги, условия оказания медицинской, косметологической и иной услуги, сроки оказания медицинской, косметологической и иной услуги, объем оказанной медицинской, косметологической и иной услуги, результат обращения за медицинской, косметологической и иной услугой, серия и номер выданных медицинских заключений (при наличии), сведения об оказанных медицинских, косметологических и иных услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую, косметологическую и иную услугу Клиенту.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Субъект персональных данных _____ / _____

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:

Директор

ООО «АвиценМед»

Батырканов Кадыржан Багданбекович

/ /

Клиент:

Гражданин Российской Федерации

_____ / _____