



ООО «НПК «Автоматизированные Решения»

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

фамилия, имя, отчество,

проживающий (проживающая) по адресу:

паспорт:

серия, номер, кем и когда выдан

настоящим даю свое согласие на обработку моих персональных данных / персональных данных
лица (ненужное зачеркнуть):

(ФИО ребенка, недееспособного лица, число, месяц, год рождения)

законным представителем которого я являюсь (подчеркнуть: мать, отец, усыновитель, опекун,
попечитель), на основании

следующему Оператору: ООО «НПК «Автоматизированные Решения», медицинской организации,
расположенной по адресу: 109147, г. Москва, Ковров пер. д.4 корп.2 (юр.адрес 115682, г. Москва,
ул. Шипиловская, д.64, корп.1, этаж 1, помещение 147, комната 1, РМ2а), осуществляющей в
качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании
лицензии № ЛО-77-01-020096 от 13.07.2020, а именно разрешаю Оператору выполнение
следующих действий (операций) или совокупность действий (операций): сбор, запись,
систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение,
использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание,
блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных,

разрешаю Оператору выполнять неавтоматизированную и автоматизированную обработку моих
персональных данных, в том числе разрешаю обработку моих персональных данных в
электронной медицинской документации Оператора.

Разрешаю Оператору в целях выполнения Договора и оказания мне медицинских услуг предоставлять мои персональные данные третьим лицам, привлекаемым Оператором, а именно: медицинским специалистам, врачам, лабораториям, экспертам, научно-исследовательским организациям, специалистам в области генетики, биологии, организациям здравоохранения.

Настоящее согласие на обработку персональных данных предоставлено с целью оказания мне медицинских услуг по Договору и осуществления платного медицинского обслуживания в организации Оператора, согласие дано в отношении следующих персональных данных:

- Фамилия, Имя, Отчество;
- Год, месяц, дата и место рождения, семейное положение;
- Адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (email);
- Реквизиты документа удостоверяющего личность;
- Номер полиса ОМС, номер полиса ДМС, СНИЛС;
- Сведения о месте работы и должность;
- Информация о состоянии здоровья, заболеваниях, в том числе: результаты обследований, лабораторной диагностики, информация о получении Медицинских услуг в организации Оператора.

Разрешаю Оператору направлять по контактному номеру телефона, указанному мной в Договоре, сообщения в цифровом формате посредством сервисов операторов сотовой связи (SMS, MMS), а также посредством программ/мобильных приложений, предназначенных для обмена сообщениями пользователями (мессенджерами: WhatsApp, Viber, Telegram, Facebook и т.п.).

Настоящее согласие дано субъектом персональных данных (пациентом/потребителем), указанным выше в начале текста настоящего документа, на срок хранения первичной медицинской документации 25 (Двадцать пять) лет и может быть отозвано путем направления письменного заявления Оператору. Согласие будет считаться отозванным с даты получения Оператором от субъекта персональных данных заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, такое заявление должно быть оформлено, подписано и передано в организацию Оператора непосредственно (лично) субъектом персональных данных при условии предъявления документа удостоверяющего личность, либо направлено почтовым отправлением или курьерской службой по почтовому адресу Оператора: 109147, г. Москва, Ковров пер. д.4 корп.2, в этом случае подпись субъекта персональных данных в заявлении об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных должна быть удостоверена нотариусом.

« » _____ 20г.