

Согласие пациента
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
АО «Семейная Клиника «ЗИМ»

Я,

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

(Ф.И.О пациента или законного представителя пациента)

Паспорт серия <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР> выдан <ПАСПОРТ_ВЫДАН> дата выдачи <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> код подразделения <ПАСПОРТ_КОД_ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ>

зарегистрирован(а) по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН> Адрес эл. почты <ПАЦИЕНТ_EMAIL>

Доверяю обработку моих персональных данных АО «Семейная Клиника «ЗИМ»

(129090, г.Москва, ул. Гиляровского, д. 10, стр. 1) согласно Федеральному закону РФ от 27.07. 2006г. № 152 «О персональных данных»

- персональные данные – это любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (Статья 3):
Ф.И.О.,

дата рождения, № полиса ДМС, домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства и регистрации, биометрические и другие персональные данные согласно законодательства.

Мне разъяснена и понятна цель обработки персональных данных:

- Ст. 10 п. 2 «Специальные категории персональных данных»: «в медико - профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказание медицинских и медико – социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся мед. деятельностью и обязанным сохранять согласно Законодательства РФ врачебную тайну»

- оформление и ведение медицинской документации

- оформление договора на медицинские услуги

- оформление документации для страховой компании в рамках заключенных договоров

Срок действия согласия – с момента заключения договора на медицинские услуги АО «Семейная Клиника «ЗИМ» до момента его прекращения и может быть отозвано мною путем направления в адрес АО «Семейная Клиника «ЗИМ» соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении), либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю АО «Семейная Клиника «ЗИМ»

**Настоящим предоставляю АО «Семейная Клиника «ЗИМ»
право осуществлять обработку персональных данных.**

<ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

Подпись _____
пациента/законного представителя

Личность лица, указанного выше, проверена, подпись поставлена в моем присутствии

Ф.И.О. сотрудника АО «Семейная Клиника «ЗИМ» , подпись, дата