

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

Ф.И.О. субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Серия, номер и дата выдачи: \_\_\_\_\_

Орган, выдавший документ: \_\_\_\_\_

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Зуб.ОК», расположенному по адресу: Владимирская область, г. Александров, ул. Революции, д. 43, этаж 1, помещ. 6, на обработку персональных данных для оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися 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 Пациент до момента обращения к Оператору, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской услуги, условия оказания медицинской, услуги, сроки оказания медицинской, услуги, объем оказанной медицинской, услуги, результат обращения за медицинской, услугой, серия и номер выданных медицинских заключений (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу Пациенту.

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 пациента (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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Оператор:

Пациент:

Генеральный директор ООО «Зуб.ОК»

\_\_\_\_\_ /Лисова С.Н./

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /