



**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**)

несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 №152-ФЗ, Федерального закона от 14.07.2022 № 266-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «Яблоков и Ко»** (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной

(Ф.И.О.)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС/ДМС, ИНН, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, фотографии, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим, мероприятий, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и контактными телефонами, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, с условием сохранения медицинской тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение (в соответствии со сроком хранения медицинской документации), обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных и электронных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а

также смешанным способом.

**Настоящее согласие дано мной « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Пациент (или его законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ОБРАТНО