

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. пациента),
паспорт серия _____ № _____, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю согласие на обработку Оператором (ООО
«Созвездие») моих персональных данных в целях оказания медицинских услуг:

Ф.И.О., пол, дату рождения, адрес, контактный телефон, паспортные данные, СНИЛС, ИНН,
реквизиты полиса ОМС/ДМС, профессию, место работы, сведения о состоянии здоровья,
заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью.

Я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные,
составляющие врачебную тайну, должностным лицам Оператора для обследования и лечения.
Оператор вправе осуществлять сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение,
использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных.

Передача данных третьим лицам допускается только с моего письменного согласия. Согласие
действует бессрочно. Я вправе отозвать его путём письменного уведомления.

Дополнительно, в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О
рекламе» и Федеральным законом от 07.07.2003 № 126-ФЗ «О связи» свободно, своей волей и в
своём интересе даю согласие:

- на получение информационных сообщений о медицинских услугах и специальных
предложениях,
- а также на направление в мой адрес по электронной почте и/или мессенджерам (WhatsApp,
Telegram) документов медицинского характера, связанных с оказанными мне услугами:
выписок, справок, заключений и иных медицинских документов.

Согласие предоставляется на неограниченный срок до момента его отзыва. Отзыв может быть
направлен в адрес Оператора в любое время.

« ____ » _____ 202__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Подпись _____