

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
_____ проживающий(ая) по адресу: паспорт серия: _____ номер:
_____ выдан _____ дата выдачи _____ в соответствии с
требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ,
статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
РФ" подтверждаю свое согласие на обработку организацией Общество с ограниченной
ответственностью "ТГК Диагностика", (далее - Оператор) моих персональных данных,
включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные
телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии моего
здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-
профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и выполнения
обязательств по договору оказания платных медицинских услуг, а также в целях организации
внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания
Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право
медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные
представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным
лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными
данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение,
использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

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

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских
документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в
адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с
уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных _____

(или его законного представителя)

Дата: _____ 20____