**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я

*(фамилия, имя, отчество – полностью)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: |  |

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)*

|  |  |
| --- | --- |
| Документ, удостоверяющий личность |  |

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие или согласие от имени лица, законным представителем которого я являюсь на обработку ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (далее - Оператор) моих персональных данных, представленных в связи с оказанием мне медицинских услуг.

Я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора с целью ведения установленной медицинской документации. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), с использованием машинных носителей или по защищенным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Настоящее согласие дано мной |  | |
|  | *(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)* | |
|  | | и действует бессрочно. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

*(дата оформления)*