

**Согласие на обработку персональных данных Клиента**

Я, \_\_\_\_\_

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ серия, номер, кем и когда выдан

Настоящим даю свое согласие на обработку своих персональных данных следующему Оператору: ООО «ВБС», юридическое лицо, расположенное по адресу: г. Москва, Ленинский проспект дом 67, корпус 2, осуществляющее в качестве основного вида деятельности - медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-41-01137-77/00308282 от 12 сентября 2016 г.

А именно, разрешаю Оператору выполнение следующих действий (операций) или совокупность действий (операций) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных.

Разрешаю Оператору выполнять автоматическую обработку моих персональных данных.

В том числе разрешаю обработку моих персональных данных в электронной медицинской документации Оператора, также разрешаю обработку моих персональных данных в целях предоставления ограниченного защищенного доступа к субъекту персональных данных (Пациенту) в сети «интернет» на сайте оператора: \_\_\_\_\_ в разделе «Личный кабинет Пациента/пользователя», разрешаю воспроизводить, записывать и хранить персональные данные в цифровом формате в памяти ЭВМ, на указанном сайте Оператора в личном кабинете Пациента/пользователя,

без права предоставлять персональные данные третьим лицам, за исключением предоставления персональных данных с моего согласия, привлекаемым операторам медицинским специалистам, лаборатория экспертам, без права на распространение персональных данных, а именно без права раскрытия неопределенному кругу лиц.

Настоящее согласие на обработку персональных данных предоставлено с целью оказания мне медицинских услуг по Договору и осуществления платного медицинского обслуживания в организации Оператора, согласие дано в отношении следующих персональных данных:

- Фамилия, Имя, Отчество;
- Год, месяц, дата и место рождения;
- Адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (email);
- Семейное положение;
- Информация о состоянии моего здоровья, содержащаяся в Медицинской карте Пациента, в том числе результаты обследований, информация о получении Медицинских услуг в организации Оператора.

Настоящее согласие дано субъектом персональных данных (Клиентом), указанным выше в начале текста, на срок действия Договора и может быть отозвано Клиентом путем направления письменного заявления Оператору. Согласие будет считаться отозванным с даты получения Оператором от субъекта персональных данных заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, такое заявление должно быть оформлено, подписано и передано в организацию Оператора непосредственно (лично) субъектом персональных данных при условии предъявления документа удостоверяющего личность Генеральному директору ООО «ВБС», либо отправлено почтовым отправлением или курьерской службой по почтовому адресу Оператора: \_\_\_\_\_, в этом случае, подпись субъекта персональных данных в заявлении об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных должна быть удостоверена нотариусом.

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись Субъекта персональных данных (Клиента): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_