СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)
документ, удостоверяющий личность: паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,

в соответствии со ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее — ФЗ № 152-ФЗ) даю согласие на обработку моих персональных данных Обществом с ограниченной ответственностью «А-Медия» (далее — Оператор), адрес: 194295, РФ, г. Санкт-Петербург, проспект Просвещения, дом 33, корпус 2, литер А, помещение 66-Н, в целях оказания мне медицинских услуг, идентификации, отражения информации в медицинской документации, информирования меня по телефону, с помощью службы коротких сообщений (SMS), e-mail (в случае предоставления) о предстоящих записях на приём, переносе приёма, изменении времени работы Оператора, получении ответов на мои обращения, анкетирования меня по телефону службой контроля качества, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых мне услуг), фото- и видеосъёмки меня в зоне регистратуры, коридорах и холлах Оператора в целях безопасности, а также в целях контроля качества оказания медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие:
фамилия, имя, отчество, предыдущие фамилии, имена, отчества (в случае их изменения), пол, возраст, дата и место рождения, адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, ИНН, гражданство, данные о состоянии здоровья и заболеваниях, физиологические и антропометрические данные, случаи обращения за медицинской помощью, семейное и социальное положение, сведения о профессии, контактный телефон, адрес электронной почты (по желанию), реквизиты полиса ДМС, данные о номере банковского счёта и банковской карты (в случае возврата на них денежных средств), изображения, изготовленные и (или) произведённые для целей оказания медицинских услуг, данные документа, подтверждающего полномочия представителя (в том числе законного представителя), другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне и/или относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации (МИС «Реновацио»), так и без использования таковых, в том объёме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

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 взаиморасчётов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг, но не позднее срока, указанного в ФЗ № 152-ФЗ.

Настоящим также подтверждаю, что ознакомлен(а) с Политикой Оператора в отношении персональных данных. Права и обязанности в области персональных данных мне разъяснены и понятны. Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва.

Предоставляю адрес электронной почты _____ для направления мне результатов исследований и иной медицинской документации (в случае моего запроса), ответов на мои обращения, информирования меня о записи на приём.

Дата: «» _____ **20** г.
Подпись: _____ / _____ /
(расшифровка подписи)