

ООО «Гардения на Погодинской»  
119121, город Москва, Погодинская ул., д. 2, пом. 14Н

тел.: +7 (495) 822-21-68

e-mail: salongardenia@icloud.com

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных «Пациента» ООО «Гардения на Погодинской»**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.).  
зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем

(ФИО несовершеннолетнего(ей))

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, Свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_ выдано  
\_\_\_\_\_, проживающего(ей) по  
адресу \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», я даю свое согласие ООО «Гардения на Погодинской», 119121, город Москва, Погодинская ул., д. 2, пом.14Н, ИНН 9704218994 ОГРН: 1237700546456 (далее – «Оператор») на обработку

персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, данные свидетельства о рождении, адрес проживания, адрес регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, данные лица, законным представителем которого я являюсь, о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медицинско-профилактических целях, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора,

а также моих персональных данных: фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, в целях подписания настоящего согласия на обработку персональных данных, информированного добровольного согласия, договора возмездного оказания медицинских услуг, документов во исполнение договора возмездного оказания медицинских услуг,

при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания «Оператором» медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «Оператора», заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, в интересах обследования и лечения лица, законным представителем которого я являюсь. Представляю «Оператору» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь, и моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также передачу (предоставление, доступ) персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, в ООО «ДиаЛаб Плюс» в пределах, указанных в настоящем Согласии.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать образцы тканей лица, законным представителем которого я являюсь, для проведения гистологического исследования и следующие персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь, в интересах его(ее) обследования и лечения в ООО «ДиаЛаб Плюс», ИНН 7728621567, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 8:  
фамилию, имя, отчество  
дату рождения.

Настоящим даю свое согласие на отправку мне результатов гистологических исследований по электронной почте:

✓ **письмо на электронную почту по адресу** \_\_\_\_\_.

«Оператор» вправе обрабатывать персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь, и мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей или по 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. Срок хранения персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, и моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов для ООО «Гардения на Погодинской» и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь или моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Органы прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора вправе получать доступ к персональным данным, а также к сведениям, составляющим врачебную тайну, без моего согласия.

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, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Настоящее согласие дано мною с даты подписания настоящего Согласия и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес «Оператора» по почте заказным письмом с уведомлением по адресу: ООО «Гардения на Погодинской», 119121, город Москва, Погодинская ул., д. 2, пом.14Н, либо вручен лично под расписку представителю «Оператора».

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 взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки моих персональных данных.

Я также даю согласие на получение:

- ✓ напоминания о предстоящей процедуре;
- ✓ информационных сообщений об Операторе и от Оператора или иной информации, необходимой для оказания медицинских услуг;
- ✓ ответов Оператора на обращения, претензии, жалобы;

в следующей форме:

- ✓ **смс-сообщение на номер** \_\_\_\_\_;
- ✓ **телефонный звонок на номер** \_\_\_\_\_;
- ✓ **письмо на электронную почту по адресу** \_\_\_\_\_.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и пп.2-10 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись субъекта)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата подписания \_\_\_\_\_