Приложение № 2
к Оферте о заключении Договора
об оказании ООО «Альтамед Голицыно»
амбулаторно-поликлинической
медицинской помощи
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован (а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим даю согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Альтамед-Голицыно» (МО, г. Одинцовский р-н,г.Голицыно, ул.Советская д.58)
моих персональных данных, предоставленных мною персональных данных на моего (мою) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
(кем приходится)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
(фамилия, имя, отчество)
зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
наименование документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над ее объемом и качеством.
Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер полиса ДМС, домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства и другие персональные данные, полученные ООО «Альтамед-Голицыно » при оказании медицинской помощи.
Настоящим предоставляю ООО «Альтамед-Голицыно » право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в рамках заключенных договоров, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть).
ООО «Альтамед-Голицыно » вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.
Мной предоставляется ООО «Альтамед-Голицыно » право на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи (в т.ч. Интернета) об изменениях порядка представления медицинских услуг, о записи на прием к врачу, о результатах медицинских обследований. Согласие на использование персональных данных в указанных целях заполняется в виде Соглашения о предоставлении сервисных услуг (Приложение – обратная сторона Согласия).
Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес ООО «Альтамед-Голицыно » соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю ООО «Альтамед-Голицыно».

Заказчик:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(подпись)                                                      (расшифровка подписи)
«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.