

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ № мобильного телефона _____

(дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю ООО «Море Альфа», расположенному по адресу: 454106, г. Челябинск, ул. Двинская, д. 8, н/п 27,28, (далее – Оператор), свое согласие на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. Оператор имеет право: при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями; с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям. Срок хранения моих персональных данных в архиве организации регламентируется законодательством об архивном деле в Российской Федерации (не более 25 лет).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие по моей инициативе на основании личного письменного заявления. Согласен на получение информации по каналам связи (смс рассылка) по вышеуказанному номеру телефона.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ № мобильного телефона _____

(дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю ООО «Море Альфа», расположенному по адресу: 454106, г. Челябинск, ул. Двинская, д. 8, н/п 27,28, (далее – Оператор), свое согласие на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. Оператор имеет право: - при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями; - с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям. Срок хранения моих персональных данных в архиве организации регламентируется законодательством об архивном деле в Российской Федерации (не более 25 лет).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие по моей инициативе на основании личного письменного заявления. Согласен на получение информации по каналам связи (смс рассылка) по вышеуказанному номеру телефона.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)