

Согласие на обработку персональных данных

Я _____ (ФИО)
проживающий(ая) по адресу: _____,
_____ , паспортные данные: *серия и номер паспорта*
_____, *дата выдачи* _____

выдавший орган _____ в соответствии с
Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе
настоящим подтверждаю согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «ВИТАМЕД»
ОГРН 1117746857821, адрес места нахождения: 115093, г. Москва, Партийный переулок, д.1, корп. 25 (далее
– Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество; пол; дату месяц и год рождения; адрес места жительства / фактического
проживания, контактный(е) телефон(ы); электронный адрес (e-mail); реквизиты паспорта (документа,
удостоверяющего личность), а также обработку специальной категории персональных данных (сведения о
состоянии здоровья, заболеваниях, присвоенной группы здоровья, иная информация медицинского характера)
для взаимодействия и информирования при оказании медицинских услуг по договору;

√ _____
видео с моим изображением без цели идентификации личности и запись моего голоса для контроля за
качеством оказания медицинских услуг;

√ _____
Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с персональными
данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование,
блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных
носителях, в информационных системах с использованием и без использования средств автоматизации, а
также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать
мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих
их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам: Федеральная налоговая
служба, Социальный Фонд России, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских
документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно. Условием
прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного
уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.

Пациент:

√ _____ / _____
(ФИО) (подпись)