

Приложение к договору № _____ от «___» _____ 2026 г.
На оказание медицинских услуг (далее - Договор)

Согласие на обработку персональных данных Пациента

Я, _____

Паспорт: _____ № _____, выдан _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

Настоящим даю свое согласие на обработку своих персональных данных следующему органу Оператору: медицинская организация ООО «ЦЕНТР ИММУНОКОРРЕКЦИИ», юридическое лицо, расположенное по адресу: 125362, Москва г., Свободы ул., дом №16, помещение IV, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности - медицинскую деятельность на основании лицензии №Л041-01137-77/00333419 от 02 августа 2019 года.

А именно, разрешаю Оператору выполнение следующую совокупность действий (операций): сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных.

В том числе разрешаю обработку моих персональных данных в электронной медицинской документации Оператора, также разрешаю обработку моих персональных данных в целях предоставления ограниченного защищенного доступа к субъекту персональных данных (пациенту) в сети «интернет» на сайте оператора в разделе «Личный кабинет Пациента/Пользователя», разрешаю воспроизводить, записывать и хранить персональные данные в цифровом формате в памяти ЭВМ, на указанном сайте Оператора в личном кабинете Пациента/пользователя без права предоставлять персональные данные третьим лицам, за исключением предоставления персональных данных с моего согласия, привлекаемым операторам медицинским специалистам, лабораториям-экспертам, без права на распространение персональных данных, а именно без права раскрытия неопределенному кругу лиц.

Настоящее согласие на обработку персональных данных предоставлено с целью оказания мне медицинских услуг по Договору и осуществления платного медицинского обслуживания в организации Оператора, согласие дано в отношении следующих персональных данных:

- Фамилия, Имя, Отчество;
- Год, месяц, дата рождения;
- Адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (e-mail);
- Информация о состоянии моего здоровья, содержащаяся в Медицинской карте пациента, в том числе результаты обследований, информация о получении Медицинских услуг в организации Оператора.

Настоящее согласие дано пациентом, указанным выше в начале текста, на срок действия Договора и может быть отозвано Пациентом путем направления письменного заявления Оператору. Согласие будет считаться отозванным с даты получения Оператором от субъекта персональных данных заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, такое заявление должно быть оформлено, подписано и передано в организацию Оператора непосредственно (лично) субъектом персональных данных при условии предъявления документа удостоверяющего личность Главному врачу ООО «ЦЕНТР ИММУНОКОРРЕКЦИИ», либо отправлено почтовым отправлением или курьерской службой по почтовому адресу Оператора: 125362, Москва г., Свободы ул., дом №16, помещение IV, в этом случае подпись субъекта персональных данных в заявлении об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных должна быть удостоверена нотариусом.

Дата: «___» _____ 2026 года

Подпись пациента: _____ / _____ /