СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных №

Я, нижеподписавшийся (аяся)

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия номер выдан дата выдачи Адрес регистрации: , ,
Адрес фактического места жительства: , ,
Телефон:

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**)
несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):

_____

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лиц

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку
ООО «Медлюкс» (далее - Оператор) ИНН 9717137206, ОГРН 1237700403940, Адрес 117335, город Москва, Нахимовский пр-кт, д. 65, реестровый номер Оператора персональных данных 77-26-558672 (Приказ Роскомнадзора № 337 от 24.06.2026 г.) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной (Ф.И.О.):
включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

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.

Настоящее согласие дано мной г. и действует в течение срока хранения медицинской документации – 25 лет

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении 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.

Исполнитель: Юридический адрес: , , ИНН/КПП: / ОГРН: ОКПО: **Банковские реквизиты:** **р/с:** **к/с:** **АО:** **БИК:** **Телефон: +7-999-888-03-03** **Генеральный директор:** Ибакова З.И _____	**Потребитель :** Ф.И.О: Адрес: , , Дата рождения: Паспорт: серия и номер: Кем и когда выдан: Мобильный телефон: **Потребитель:**