

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (полностью) пациента либо законного представителя пациента)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрирован (а) по адресу: _____,
проживающий (ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
сведения об органе, выдавшем документ

являясь законным представителем _____
(Фамилия, имя, отчество полностью пациента)
« ____ » _____ года рождения, проживающего (ая) по адресу: _____,
на основании _____,
степень родства/основание законного представительства _____

Раздел заполняется в отношении лиц, не достигших 15 лет или больных наркоманией несовершеннолетних, не достигших 16 лет или недееспособных лиц (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого), даю согласие **Публичному акционерному обществу «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «ГЕНЕТИКО» (ПАО «ЦГРМ «ГЕНЕТИКО»)**, ОГРН 1217700203632, ИНН 9731078633, адрес местонахождения (юридический адрес): 119333, г. Москва, вн.тер.г., Муниципальный округ Гагаринский, ул. Губкина, д.3, к.1, помещ. 1/1, далее – Оператора на обработку следующих моих персональных данных, а также персональных данных представляемого (если применимо):

фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, семейное положение, реквизиты свидетельства о браке (если оно предоставлено мной Оператору), адрес места жительства и места пребывания, паспортные данные, контактные номера телефонов, адреса электронной почты, в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данных о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, результатах исследований, случаях обращения за медицинской помощью) — в медико-профилактических целях, в целях связи со мной Оператором по вопросам исполнения договора оказания медицинских услуг, в целях контроля качества медицинских услуг.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых я даю свое согласие, а также общее описание используемых Оператором способов обработки: любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая: получение, ввод, сбор, систематизация, накопление, хранение, запись, удаление, уточнение (обновление, изменение), использование персональных данных, извлечение, блокирование, уничтожение, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование. Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные, а также персональные данные представляемого (если применимо), посредством внесения их в электронную базу данных Оператора, включения в списки (реестры) и отчетные формы Оператора, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Данное согласие на обработку персональных данных является бессрочным. Я уведомлен(-а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным, а также персональным данным представляемого (если применимо) при обращении к Оператору в письменной форме. При этом я уведомлен(-а) о том, что в случаях, установленных действующим законодательством Российской Федерации (пункты 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных»), Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия.

Я внимательно ознакомился(-лась) и согласен(-на) с содержанием настоящего документа, все положения которого мне полностью ясны и понятны. Я гарантирую подлинность указанных мной сведений и настоящим даю свое информированное согласие на обработку персональных данных.

Ф. И.О. субъекта персональных данных или его законного представителя

дата

подпись