

ООО ЦМЗ «Эмпатия»

Россия, 107023, г. Москва, ул. Малая Семеновская, д.10.

Лицензия ЛО41-01137-77/00395898 от 07.06.2022 г.

**СОГЛАСИЕ**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

а также специальных категорий персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу: г. Москва, Ленинский пр-т, д. 36, кв. 33\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(место регистрации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт ХХХХ № ХХХХХХХ, выдан \_ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ, 01.01.2013,

(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (дата, название выдавшего органа)

Телефон: +7(9ХХ) ХХХ-ХХ-ХХ Электронная почта: \_\_\_\_\_\_ХХХХХХХХ@MAIL.RU\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ в целях оказания мне услуг даю свое согласие ООО ЦМЗ «Эмпатия», зарегистрированному по адресу: Россия, 107023, г. Москва, ул. Малая Семеновская, д.10., ОГРН 1217700562859 (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, номер телефона, профессия, должность, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), идентификационный номер налогоплательщика, сведения о родственниках (Ф.И.О., степень родства, номер телефона); сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, гендерной идентичности, половой ориентации, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном или проведенном лечении, данных рекомендациях, выписанных рецептах и лекарственных средствах и другой информации, полученной от меня в целях оказания медицинских услуг и связанных с этим мероприятий.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет 25 лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных клиентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по своей инициативе на основании личного письменного заявления Оператору, в том числе и в случаях ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_01.01\_\_ 20 \_\_24\_\_\_

(Подпись) (Расшифровка Ф.И.О.) (Дата приема)