

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, Дата рождения: {ДатаРождения}, Пол: {Пол}, СНИЛС: _____

Адрес регистрации: {Адрес} Адрес фактического проживания по месту жительства: {Адрес}

Документ, удостоверяющий личность: {Паспорт}

Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента: {Полисы}

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О защите персональных данных" в целях:

оказания медицинских услуг,

предоставления установленной законодательством отчетности,

обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов

даю согласие ООО «Диамант», расположенного по адресу: Новгородская обл, г. Старая Русса, ул. Минеральная д. 24, а также

обособленному подразделению в г. Великий Новгород, расположенного по адресу: г. Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д. 39 на обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона

от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О защите персональных данных"

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

фамилия, имя, отчество, пол, возраст,

год, месяц, дата и место рождения,

адрес и контактный телефон

паспортные данные, СНИЛС,

реквизиты полиса ОМС (ДМС),

данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме. Подпись

пациента: _____ {ФамилияИмяОтчество}