

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства/пребывания)

Документ, удостоверяющий личность:

**Паспорт гражданина Российской Федерации серия:** \_\_\_\_\_ **номер** \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(кем выдан),

действующий в своих интересах/ в интересах \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО «Санавита» (юридический, фактический адрес: 195257, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8, к. 2) на обработку моих персональных данных с целью-создания необходимых условий для реализации Федеральных законов, Указов Президента Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, Постановлений Правительства Санкт-Петербурга и Ленинградской области, и иных нормативно-правовых актов, направленных на оказание медицинской помощи, подготовку документов, обеспечение органов государственной власти и органов местного самоуправления актуальной и достоверной информацией об оказанной медицинской помощи, создание и ведение автоматизированной системы по оказанию медицинской помощи, передачу информации в организации и предприятия города и иных целей, связанных с деятельностью учреждения.

Мои персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: *фамилию, имя, отчество; год, месяц, дату рождения; место рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; контактный телефон; данные о трудовой занятости — место работы, должность, трудовой стаж; данные о состоянии здоровья и группе инвалидности; номер и дата выдачи СНИЛС; номер, дата выдачи и наименование страховой медицинской компании, выдавшей страховой медицинский полис.*

Действия с моими персональными данными включают в себя сбор персональных данных, их накопление, систематизацию и хранение в автоматизированной системе обработки информации по оказанию медицинской помощи, их уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу (распространение) сторонним организациям для целей реализации моих прав и законных интересов.

Информация передается по защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, или иными, предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву), согласно п. 1 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», согласие может быть отозвано при условии письменного уведомления оператора не менее чем за 30 дней, до предполагаемой даты прекращения использования данных оператором.

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(ФИО. подпись)