

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) **субъекта персональных данных**)  
СНИЛС \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_  
Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
Выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,  
\_\_\_\_\_,  
адрес места регистрации (с индексом): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

<p>Раздел заполняется:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,</li><li>▪ законным представителем лица, признанного недееспособным,</li><li>▪ представителем по доверенности (иному документу).</li></ul> <p>Я, _____, (фамилия, имя, отчество <b>представителя субъекта персональных данных</b> полностью) СНИЛС _____ телефон _____ _____, адрес места регистрации (с индексом): _____ _____, адрес электронной почты (при наличии) _____ реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____ _____</p>
--

в соответствии со статьями 9, 10, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с использованием средств автоматизации Обществу с ограниченной ответственностью «ХАЛВА-ПРОФИ», расположенному по адресу: 119297, г. Москва, ул. Родниковая, д. 9А, к. 3, помещ. 14/1, ИНН 6450111199, ОГРН 1206400014765, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках, предоставленных ООО «ХАЛВА-ПРОФИ», или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, передачу), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Согласен / не согласен (нужное подчеркнуть) на получение сообщений посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных приложениях, социальных сетях.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)