

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я (далее - Субъект),

_____ (фамилия, имя, отчество)
законный представитель

_____ (Ф.И.О., дата рождения ребенка)
проживающий по адресу _____

настоящим даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Полимедика -Челябинск» (далее - Оператор) на обработку персональных данных (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается в целях получения услуги по охране здоровья путем оказания: лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи, соблюдения федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства.

3. Типовой перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку:

3.1 Фамилия, имя отчество
3.2 Адрес
3.3 Дата рождения
3.4. Полис (серия, номер)
3.5. Контактный номер телефона
3.6. Данные о состоянии здоровья

4. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст. 14 ФЗ № 152 от 27.06.2006г.)

5. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего оператор обязуется в течении 30 (тридцати) дней (ч.5 ст. 21 ФЗ-152) уничтожить, либо обезличить персональные данные субъекта.

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

(Подпись)