



Приложение 1 к договору об оказании платных медицинских услуг

### СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ (когда и кем)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ настоящим даю свое согласие на обработку

**ООО "Центр семейной медицины"**  
(наименование учреждения здравоохранения или социального обслуживания)

находящегося по адресу **445030, РФ, Самарская область г. Тольятти ул. 40 лет Победы, д. 13Б, к. 45**

(далее - Оператор) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Согласие дается мной для целей

**оказания мне медицинских услуг**  
(цель обработки персональных данных)

и распространяется на следующую информацию:

*ФИО; паспортные данные; пол; дата рождения; адрес регистрации/проживания; данные о месте работы/учебы; данные о состоянии здоровья; реквизиты полиса ДМС.*  
(перечень персональных данных)

Настоящее согласие предоставляется на осуществление Оператором любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом, без участия и при непосредственном участии человека.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством моего письменного заявления, которое может быть либо направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. и действует до \_\_\_\_\_