СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных клиента

Я, нижеподписавшийся, ,

(Ф.И.О гражданина полностью)

г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: ,

(адрес места регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий (ая) по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

документ, удостоверяющий личность Паспорт гражданина РФ, серия номер , выдан г.

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ООО "РЕАЛ ТРАНС ХАЙР Т", расположенным по адресу: (115191, г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Даниловский, ул 3-я Рощинская, д. 6, 1167746895436,) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:
- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом.
- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных клиентов Оператора, отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством.
- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной_____и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных
_____/ _____

расшифровка подписи

Отказ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: , подтверждаю, что ООО "РЕАЛ ТРАНС ХАЙР Т" проинформировало меня о возможности реализации моего права на доступ к медицинской документации на портале «ГОСУСЛУГИ» путем передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ.
Я отказываюсь от передачи моих персональных данных, предоставления СНИЛС и передачи медицинской документации в форме электронных документов в ЕГИСЗ.
Я уведомлен(а) о последствиях отказа - невозможность реализации права гражданина на доступ к своей медицинской документации посредством портала «ГОСУСЛУГИ».

ФИО _____ 2026г.