

**Согласие гражданина (законного представителя)
на обработку своих персональных данных (ПД)**

В соответствии с требованием п.1 ст.6 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ (ред. от 23.07.2013) «О персональных данных»

Я, _____
(Ф.И.О.)

Адрес проживания: _____
(адрес постоянной или временной регистрации)

Данные паспорта: _____
(серия и номер, дата выдачи и орган выдавший документ)

Даю согласие на обработку ПД Обществу с ограниченной ответственностью «Стоматология Лайф Де Люкс», 410012, Саратовская область, г.о.город Саратов, г.Саратов, ул.Вавилова Н.И. зд.38/114, помещ.3

(Наименование Оператора- медицинского учреждения, юридический адрес)

Цель обработки: осуществление медицинского лечебно-диагностического процесса.

Перечень ПД, на обработку которых дается согласие гражданина:

- паспортные данные гражданина;
- данные о фактическом месте жительства гражданина (адрес преимущественного места жительства);
- пол;
- дата рождения;
- данные о здоровье гражданина;
- контактный телефон.

Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие субъекта ПД:

- сбор;
- систематизация;
- накопление;
- хранение;
- уточнение (обновление, изменение);
- использование;
- передача другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения; Министерство здравоохранения Саратовской области;
- обезличивание;
- блокирование;
- уничтожение.

Данное согласие действует в течение 25 (двадцати пяти) лет;

Отзыв настоящего согласия на обработку персональных данных осуществляется в письменной форме путем направления в медицинское учреждение письменного документа, содержащего требование об отзыве согласия.

Подпись гражданина _____ (_____)
(Фамилия, инициалы)

Подпись оператора _____ (_____)
(Должность, фамилия, инициалы)

" ____ " _____ 20__ г.