

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

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

(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», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку ООО «Философия совершенства» (Центр красоты и здоровья «Философия совершенства»), расположенному по адресу: Москва, метро «Войковская», бульвар Матроса Железняка, дом 31, корпус 1 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, контактные телефоны, e-mail, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, противопоказаниях и другую информацию - в целях оказания услуг (в соответствии с имеющийся лицензией на медицинскую деятельность Оператора) по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях оповещения меня о новых продуктах и услугах, специальных предложениях и различных событиях и организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам и иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ **20**\_\_ г. 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