

Я, нижеподписавшийся _____ ,

(Ф. И. О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____ ,

проживающий по адресу: _____ ,

документ, удостоверяющий личность, _____ серия _____ номер _____ ,

выдан _____ ,

(дата и название выдавшего органа)

даю свое согласие ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ» (ИНН 7727567109, фактический адрес (КЛИНИКА): 105005, г. Москва, Большой Демидовский пер., д.17/1, юридический адрес: 117209, г. Москва, Севастопольский проспект, д. 28, корп. 3, кв. 87; e-mail: info@sunmedexpert.ru, тел. 8 (499) 678-03-03 лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-50-01-009730, выдана 22 мая 2018 г. Министерством здравоохранения Московской области) **на передачу по открытым (незащищенным) каналам связи сети Интернет** результатов медицинских исследований (заключений), содержащих в том числе мои персональные данные (фамилия, имя, отчество; дата, месяц, год рождения; пол; адрес местожительства; контактный номер телефона; место работы (учебы); должность (профессия); социальное положение; паспортные данные; сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС); сведения о состоянии здоровья (в т. ч. группа здоровья, группа инвалидности); сведения об оказанных медицинских услугах), в электронной форме на электронный адрес: _____ **в целях сообщения о состоянии моего здоровья** (например, при отклонении показателей результатов анализов от референсных значений), а также по запросу с указанного электронного адреса.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения целей обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с политикой обработки и защиты персональных данных пациентов ООО «САНМЕДЭКСПЕРТ», права и обязанности в области защиты персональных данных пациента мне разъяснены.

« _____ » _____ 2 _____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи пациента)