

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, Плетешковский пер, д. 12, 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-77-01-020458, выдана 24 сентября 2020 г. Департаментом здравоохранения города Москвы) **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; фотоизображение; 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 мой электронный адрес:

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)