



СЕСТРОРЕЦКИЙ
КУРОРТ

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, либо представитель по доверенности, либо законный представитель, в случае недееспособности субъекта персональных данных)
" ____ " _____ года рождения, пол _____,
место регистрации: _____,
место жительства, в случае несовпадения с местом регистрации: _____

гражданство: _____, паспорт: № _____, выдан " ____ " _____ г.
кем выдан: _____

реквизиты Доверенности, или иного документа, подтверждающие полномочия представителя _____,

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", **даю** конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное **согласие** АО «Санаторий «Сестрорецкий курорт» местонахождение; 197706, Россия, Санкт-Петербург г., Сестрорецк г., Максима Горького ул., д.2, ИНН 7827003258, ОГРН 1027812402859 (далее - Оператор), (в том числе работникам (лицам, выполняющим работы на основании заключенного с ними АО «Санаторий «Сестрорецкий курорт» трудового договора) и представителям (лицам, выполняющим работы или оказывающим услуги АО «Санаторий «Сестрорецкий курорт» на основании заключенного с ними АО «Санаторий «Сестрорецкий курорт» гражданско-правового договора и имеющим доступ к персональным данным, обрабатываемым в АО «Санаторий «Сестрорецкий курорт»), а также операторам электронного документооборота на обработку моих персональных данных, **в целях** оказания мне медицинских и иных услуг на автоматизированную (в том числе с помощью таких средств автоматизации, как сканер и принтер), а также без использования средств автоматизации **обработку моих персональных данных, а именно** на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Оператора, а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей. Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место рождения, адрес места регистрации, адрес места жительства, в случае несовпадения с местом регистрации, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме, но не более чем в течение 5-ти лет после прекращения Договора оказания медицинских и иных услуг, посредством подачи (направления) заявления в свободной форме по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по Договору оказания медицинских и иных услуг, а также в целях его заключения передавать мои персональные данные иному оператору электронного документооборота, с которым у Оператора имеются договорные отношения об организации электронного документооборота, посредством системы электронного документооборота, если это

необходимо для целей, предусмотренных настоящим согласием (заявлением), а также специальные персональные данные Оператору, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Оператора имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках исполнения Договора оказания медицинских и иных услуг, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящим я выражаю согласие и разрешаю Оператору поручить обработку моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «ЛСР. Управляющая компания» (ООО «ЛСР»), расположенному по адресу: 190031, Санкт-Петербург, ул. Казанская, д. 36, литера Б, помещение 32-Н, офис 409.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, направленного в адрес Оператора путем почтового отправления заказным письмом с уведомлением о вручении, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. Я знаю и согласен с тем, что Оператор вправе рассматривать указанное заявление как мое волеизъявление о расторжении Договора оказания медицинских и иных услуг в отношении меня, в связи с чем Договор оказания медицинских и иных услуг будет расторгнут в одностороннем порядке не позднее 3 рабочих дней с момента получения указанного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____ " ____ " _____ г.
подпись Ф.И.О.

Согласие получено " ____ " _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации:

_____/_____ Ф.И.О.
подпись