

Общество с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ"
Адрес: ул. Ленинский проспект, д. 2А, ОГРН: 5157746173217, ИНН: 7706431379
от _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

Адрес проживания:
Адрес электронной почты:
Телефон:

Согласие
на обработку персональных данных,
разрешенных для распространения

Я, _____
(Ф.И.О., паспортные данные, в т.ч. дата выдачи, выдавший орган)

являясь законным представителем несовершеннолетнего лица _____
(Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего)

и руководствуясь статьями 10, 10.1, 14 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляю о согласии на распространение подлежащих обработке персональных данных оператором ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" с целью оказания медицинских услуг в следующем порядке:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Несовершеннолетнее лицо		Законный представитель несовершеннолетнего лица	
		Разрешение к распространению (да/нет)	Условия и запреты	Разрешение к распространению (да/нет)	Условия и запреты
Общие	Фамилия				
	Имя				
	Отчество				
	Дата, месяц, год рождения				
Специальные	Состояние здоровья				

Передача персональных данных может осуществляться оператором следующим организациям:

Наименование, адрес	Действия с персональными данными
Страховые организации (ДМС):	Передача
Клиническая лаборатория:	Передача

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Дата:

Субъект персональных данных _____
/ законный представитель _____
несовершеннолетнего лица: _____
(Ф.И.О. представителя) (подпись) (расшифровка)