**ООО «А-Пломб»**

**г. Тюмень, проезд Геологоразведчиков, 44/3**

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем органе)

Своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку в ООО «А-Пломб» (далее Оператор) моих персональных данных, в том числе автоматизированную, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, установление медицинского диагноза, оказание медицинских услуг, в медико-профилактических целях, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, входят следующие сведения:

1. фамилия, имя, отчество;
2. дата и место рождения;
3. номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
4. адрес регистрации, адрес проживания;
5. профессия, специальность;
6. сведения о местах и стаже работы;
7. номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
8. идентификационный налоговый номер;
9. номер полиса обязательного медицинского страхования;

Настоящим также выражаю согласие на получение и передачу указанных в перечне персональных данных путем подачи и получения запросов (ходатайств) органам местного самоуправления, государственным органам в случаях, предусмотренных федеральными законами РФ.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п.2 ст. 6 и п.2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия. Настоящее согласие дано на срок действия договора с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |  |
| (дата составления) |  | (подпись) |

**ООО «А-Пломб»**

**г. Тюмень, проезд Геологоразведчиков, 44/3**

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем органе)

Своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку в ООО «А-Пломб» (далее Оператор) моих персональных данных, в том числе автоматизированную, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, установление медицинского диагноза, оказание медицинских услуг, в медико-профилактических целях, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну.

В перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, входят следующие сведения:

1. фамилия, имя, отчество;
2. дата и место рождения;
3. номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
4. адрес регистрации, адрес проживания;
5. профессия, специальность;
6. сведения о местах и стаже работы;
7. номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
8. идентификационный налоговый номер;
9. номер полиса обязательного медицинского страхования;

Настоящим также выражаю согласие на получение и передачу указанных в перечне персональных данных путем подачи и получения запросов (ходатайств) органам местного самоуправления, государственным органам в случаях, предусмотренных федеральными законами РФ.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п.2 ст. 6 и п.2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия. Настоящее согласие дано на срок действия договора с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |  |
| (дата составления) |  | (подпись) |