Приложение № 2  
к Оферте о заключении Договора  
об оказании ООО «Альтамед Голицыно»  
амбулаторно-поликлинической  
медицинской помощи  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
   
СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных  
   
Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован (а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим даю согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Альтамед-Голицыно» (МО, г. Одинцовский р-н,г.Голицыно, ул.Советская д.58)  
моих персональных данных, предоставленных мною персональных данных на моего (мою) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(кем приходится)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
наименование документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над ее объемом и качеством.  
Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер полиса ДМС, домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства и другие персональные данные, полученные ООО «Альтамед-Голицыно » при оказании медицинской помощи.  
Настоящим предоставляю ООО «Альтамед-Голицыно » право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в рамках заключенных договоров, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть).  
ООО «Альтамед-Голицыно » вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.  
Мной предоставляется ООО «Альтамед-Голицыно » право на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи (в т.ч. Интернета) об изменениях порядка представления медицинских услуг, о записи на прием к врачу, о результатах медицинских обследований. Согласие на использование персональных данных в указанных целях заполняется в виде Соглашения о предоставлении сервисных услуг (Приложение – обратная сторона Согласия).  
Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес ООО «Альтамед-Голицыно » соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю ООО «Альтамед-Голицыно».  
   
Заказчик:  
   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(подпись)                                                      (расшифровка подписи)  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.