

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных Заказчика**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
номер документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., орган, выдавший документ \_\_\_\_\_.

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ММЦ Мульти Клиник Томск» (далее - Оператор), ведущему свою деятельность по адресу 634029, г. Томск, ул. Сибирская, д. 9/1 этаж 3, моих персональных данных включающих: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; реквизиты банковской карты; номер расчетного счета; номер лицевого счета; должность.

В целях исполнения договора (договоров) на оказание платных медицинских услуг Оператором я предоставляю право работникам оператора обрабатывать персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных Оператора, передавать их другим должностным (работникам) лицам Оператора. Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); удаление; уничтожение.

Оператор имеет право осуществлять обработку моих персональных данных во исполнение своих обязательств по Договору оказания медицинских услуг; при осуществлении видов деятельности, предусмотренных учредительными документами Оператора; для предоставления статистической отчетности, отчетных форм, на включение в списки (электронные реестры), для обмена (приема и передачи) моих персональных данных с третьими лицами, в том числе с ООО «МК», и иными уполномоченными организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я выражаю свое согласие получать сведения, связанные с исполнением договора на оказание платных медицинских услуг по открытым каналам связи сети Интернет на адрес электронной почты и (или) номер телефона:

e-mail: \_\_\_\_\_;

телефон: \_\_\_\_\_.

Я понимаю, что получение информации посредством открытых каналов связи сети Интернет не заменяет и не исключает возможность получения такой информации на бумажном носителе.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)**Информированное добровольное согласие пациента**  
**на участие в NPS – исследовании Клиники**Я, \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
паспорт серия \_\_\_\_\_,

не возражаю участвовать в NPS – исследовании (опросе), направленном на повышение качества обслуживания Клиники.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)