ИП Егорян Д.С., ОГРНИП 323619600170133,
адрес места осуществления медицинской деятельности: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д. 178,
лицензия на осуществление медицинской деятельности от 08.12.2023 № Л041-01050-61/00960029

Согласие
на трансграничную передачу персональных данных

Я, _____, основной документ, удостоверяющий личность:
_____
, зарегистрированный(ая) по адресу_____-

В соответствии с требованиями ст. 9, 10, 12 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласии на трансграничную передачу Индивидуальным предпринимателем Егорян Дианой Суриковной (ОГРНИП 323619600170133, адрес места осуществления медицинской деятельности: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д. 178, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 08.12.2023 № Л041-01050-61/00960029) (далее – Оператор) моих персональных данных/персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в том числе с использованием мессенджеров «WhatsApp», «Telegram» и «MAX»

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие 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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку

Пациент / законный представитель пациента (*ненужное зачеркнуть*):

Дата подписания договора _____ / ФИО пациента /