

Согласие
на передачу персональных данных

г. Москва « » _____ 201 года

Я _____,
(фамилия, имя, отчество)

Зарегистрированный(ая) по адресу _____

_____ ,
паспорт № _____, выданный « » _____ 20 г. кем

_____ , являясь субъектом персональных данных, своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ, предоставляю Оператору – ООО «Центр Междисциплинарной Стоматологии и Неврологии», расположенному по адресу: г. Москва, Комсомольский проспект, д.32, корп.2, бессрочное право на передачу третьим лицам, перечисленным в пунктах 1, 2, 3, для любых целей моих персональных данных, полученных в соответствии с ст. 18 указанного Федерального закона, и осуществляемых Оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц, в том числе, передачу моих персональных данных, в том числе, фамилию, имя, отчество, год, месяц, день и место рождения, адрес, другую информацию, а также сведений, составляющих врачебную тайну (Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, сведения, содержащиеся в истории болезни, иные сведения, полученные при обследовании и лечении):

1. В Московский городской фонд обязательного медицинского страхования, страховые организации, территориальные органы ФНС России, ГУ МРО ФСС РФ, органы наркоконтроля ФС РФ, другим органам государственной власти по их запросу.

2. Любым сотрудникам клиники (кроме младшего медицинского персонала) в части информации о фамилии, имени, отчестве, годе, месяце, дате и месте рождения, факте обращения за медицинской помощью, общем состоянии.

3. Супругу (супруге) _____,
детям _____,
родителям _____,
братьям/сестрам _____,
иным лицам _____.

Иным лицам прошу мои персональные данные, а также информацию, составляющую врачебную тайну, не передавать.

(подпись)