

Акционерное Общество
"ЦЕНТР ЭНДОХИРУРГИИ И ЛИТОТРИПСИИ"

111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 62, стр 1
Тел: (495) 788-33-88, (495) 305-12-12 Факс: (495) 305-22-09

Приложение №1 к приказу №89 от 02 ноября 2015 года

Согласие на обработку персональных данных

Этот раздел бланка заполняется только в отношении лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
документ: № _____ выдан _____
являюсь законным представителем (_____) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ г.р.

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

обращаясь в АО «ЦЭЛТ» для обследования и лечения, даю свое согласие в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 9 Федерального закона РФ от 25.07.2011 г. № 261-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных» на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных, включая данные о состоянии моего здоровья.

Подпись пациента: _____ / _____ ./

Контактные данные пациента:

Почтовый адрес: _____

Электронная почта (e-mail): _____ ;

Мобильный телефон: +7 (_____) _____ ;

Я не возражаю против получения дополнительной информации, в том числе сообщения, уведомления со стороны АО «ЦЭЛТ» по указанным мною контактными данным.

Подпись пациента: _____ / _____ ./

Дата: ____ . ____ . ____ г.