

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО пациента/ клиента (физического лица) полностью

Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан

свободно, своей волей и в своих интересах даю: Акционерному обществу «Национальный Институт независимой Медицинской Экспертизы НИМЭ» (юридический адрес: 111524, г. Москва, ул. Электродная д.9 Б; ОГРН: 1137746465031) (далее- «Общество») согласие на обработку своих персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 –ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

Я признаю, понимаю и согласен (на), что обработка персональных данных осуществляется для оказания услуг по профилю осуществления деятельности Общества, в целях направления уведомлений о деятельности Общества, предоставляемых услугах по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, что мои персональные данные могут быть использованы с иными целями, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество; пол; возраст; дата и место рождения; адреса места жительства и регистрации; серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе; гражданство; данные о состоянии здоровья, в том числе биометрические персональные данные; информация о факте обращения в Общество; контактный телефон; адрес электронной почты, запись голоса, а также любые иные данные, которые получены от меня, и/или получены Обществом в ходе исполнения Договора, к которому дается данное Согласие, постановления/определения государственного/судебного органа, и/или получены Обществом в ходе оказания услуг по профилю осуществления деятельности Общества.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых я предоставляю Согласие: все действия с персональными данными необходимые для выполнения условий Договора, , оказания услуг по профилю осуществления деятельности Общества, постановлений/определений государственных/ судебных органов включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передача персональных данных третьим лицам.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

Выражаю свое **СОГЛАСИЕ/НЕ СОГЛАСИЕ** (*нужное подчеркнуть*) на получение от Общества электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью получения услуг, оказываемых Обществом и информирования Клиента.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

Адрес электронной почты для получения писем от Общества:

\_\_\_\_\_ в случае если вы ответили согласием указать адрес электронной почты (желательно печатными буквами), если не согласием поставить прочерк.

Телефонный номер для получения от Общества СМС, телефонных звонков:

\_\_\_\_\_ в случае если вы ответили согласием указать адрес электронной почты (желательно печатными буквами), если не согласием поставить прочерк.

\_\_\_\_\_  
подпись пациента/клиента физического лица

\_\_\_\_\_  
ФИО пациента/ клиента (физического лица) полностью

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ г.