

**Согласие на обработку персональных данных для получения справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
Дата рождения: \_\_\_\_\_ место рождения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан, код подразделения)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(город, улица, дом, квартира)  
контактный телефон \_\_\_\_\_ контактный e-mail \_\_\_\_\_

<b><u>ДАННЫЙ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТ ТОЛЬКО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТА</u></b>	
<b>На основании:</b> (степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента, реквизиты документа, подтверждающего представителя пациента) Представляющий интересы пациента: (ФИО пациента полностью) _____ _____	
Дата рождения: _____	место рождения: _____
проживающего(ей) по адресу (город, улица, дом, квартира): _____	
паспорт серии _____	№ _____
выдан _____	_____
(кем и когда выдан, код подразделения)	

свободно, своей волей и в своем интересе (в интересе представляемого) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю свое согласие АО «ЦП на Ленинградке» (ИНН 7714066169, ОГРН 1027739113214) (далее — «Клиника») на обработку моих персональных данных (персональных данных пациента): фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика (дата постановки на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе), реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя (при необходимости), адрес электронной почты, контактный телефон, с целью выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных может осуществляться с использованием и без использования средств автоматизации и включать в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления Обществу соответствующего письменного заявления на прекращение обработки персональных данных на адрес, указанный в тексте настоящего согласия.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Я подтверждаю, что, подписывая ниже настоящее согласие, я действую по собственной воле.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
(дата)