

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 _____

ДАННЫЙ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТ ТОЛЬКО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТА

На основании:

(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)