

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" **подтверждаю свое согласие** на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Велона»** (119421, г.Москва, Ленинский проспект, дом 105, корпус 1.) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг на дому, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну). Разрешаю обработку персональных данных, в том числе и специальных категорий персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации. Я даю согласие на совершение действий, предусмотренных п.3, ст. 3 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, а именно любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Я даю согласие Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений и PUSH уведомлений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья моего (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно указываю адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения на мою электронную почту и телефон указанные выше. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.