|  |
| --- |
| **УВЕДОМЛЕНИЕ**  **об обработке персональных данных**  Я, нижеподписавшийся ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. полностью)*  проживающий по адресу ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(по месту регистрации)*  паспорт *серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата* *название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  подтверждаю, что уведомлен о следующем:  1.ООО «АПЕКС» (далее – Оператор), расположенное по адресу г. Евпатория ул. 60 лет ВЛКСМ 16 Б, ведет обработку моих персональных данных, и данных моего ребенка, включающих: *фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью* в соответствии со пп.1 п.2 ст. 6, п.2 ст.9 и пп.4 п.2 ст.10 федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».  2. Обработка указанных в п.1 персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять врачебную тайну в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и в соответствии со ст. 33 Федерального закона от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и ст. 61 . Федерального закона от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».  **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **УВЕДОМЛЕНИЕ**  **об обработке персональных данных**  Я, нижеподписавшийся ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. полностью)*  проживающий по адресу ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(по месту регистрации)*  паспорт *серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата* *название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  подтверждаю, что уведомлен о следующем:  1.ООО «АПЕКС» (далее – Оператор), расположенное по адресу г. Евпатория ул. 60 лет ВЛКСМ 16 Б, ведет обработку моих персональных данных, и данных моего ребенка, включающих: *фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью* в соответствии со пп.1 п.2 ст. 6, п.2 ст.9 и пп.4 п.2 ст.10 федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».  2. Обработка указанных в п.1 персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять врачебную тайну в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и в соответствии со ст. 33 Федерального закона от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и ст. 61 . Федерального закона от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».  **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |