

# Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

ФИО (полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Омега» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью или имеющим допуск к данной информации и обязанным сохранять врачебную тайну.

Заключение по результатам медицинского осмотра в медицинскую организацию, к которой я прикреплен\прикреплена, прошу не направлять

\_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_

Подпись

дата