

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

_____ серия _____ № _____

Не возражаю против обработки МБУЗ «Бугурусланская стоматологическая поликлиника» (адрес: 461630, Оренбургская обл., г. Бугуруслан, ул. Чапаевская, д. 44),

включая сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу

Следующих моих персональных данных:

- Фамилия Имя Отчество;
- Адрес и место жительства;
- Сведения о состоянии здоровья;
- Сведения из страховых полисов обязательного медицинского страхования;
- Биометрические персональные данные.

Обрабатываемых с целью организации учета пациентов, физических лиц для оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною путем направления в МБУЗ «Бугурусланская стоматологическая поликлиника» письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____