

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

основной документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(вид документа, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)

зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; номер телефон; медицинские сведения; сведения об инвалидности и иные сведения необходимые для предоставления мне услуг в области телемедицины.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях рассмотрения моих документов, а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях Оператора персональных данных.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что получатель сведений гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г. / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)