

## СОГЛАСИЕ

Я, нижеподписавший(ая)ся \_\_\_\_\_,  
зарегистрирован (а) по адресу: \_\_\_\_\_,  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
в рамках Договора на оказание ПМУ от \_\_\_\_\_ г., даю свое согласие ООО  
«Надежда» (428020, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. Строителей, д. 13, пом. 3, ИНН  
2127019944) (далее - Оператор) на передачу по открытым (незащищенным) каналам связи  
сети Интернет путем направления на электронную почту \_\_\_\_\_, направления SMS-сообщений на номер телефона \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ результатов медицинских исследований (заключений), содержащих мои персональные данные, включающие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, а также информации о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на срок пять лет.

Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Согласие получено « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Представитель ООО «Надежда»: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)