

## УВЕДОМЛЕНИЕ

### об обработке персональных данных

Я, нижеподписавшийся, {ФамилияИмяОтчество}

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу, {Адрес}

(по месту регистрации)

паспорт, выдан \_\_\_\_\_

(серия, номер) {СерияНомерПаспорта} дата, кем выдан) {Выдан}, {ДатаВыдачи}

подтверждаю, что уведомлен о следующем:

1. ИП Прудко Максим Юрьевич, Стоматологическая клиника «Доктор Потанова» (далее – Оператор), расположенное по адресу Республика Крым, г. Симферополь, ул. Богдана Хмельницкого, д.11/ул. Генерала Попова, д.6 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 {ТекущаяДатаПолная} г