

**СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТОВ
ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЮРИДИЧЕСКИМ ЛИЦАМ**

Я, _____,
Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

зарегистрированный (ая) по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____
вид документа, № Серия документа

_____ ,
когда и кем выдан

в соответствии с требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ и Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" от 21.11.2011 N 323-ФЗ добровольно даю согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум»**, адрес места нахождения: **129226, г. Москва, проспект Мира, д. 211, корп. 2**, на передачу полученных сведений о фактах моего обращения за оказанием медицинских услуг и результатов оказанных услуг (в том числе, но не ограничиваясь: о состоянии здоровья, диагнозе), полученных в рамках прохождения комплексного обследования (единичных услуг) , в том числе по незащищенным каналам связи направившему меня юридическому лицу

_____ ,
наименование юридического лица и адрес его местонахождения

Настоящее согласие действует в течение всего срока моей жизни или до дня отзыва в письменной форме.

_____ ,
(полностью Фамилия, Имя, Отчество; подпись, дата)