

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим документом регулируются отношения, связанные с обработкой персональных данных пациента, осуществляемой негосударственным медицинским учреждением. Обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья и иных жизненно важных интересов пациента либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия пациента невозможно, а также в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(кем выдан)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(указать полный адрес)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**ДАЮ**

**Обществу с ограниченной ответственностью «Медоргуз» – (далее - оператор).**

(наименование оператора)

действующему на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-018560 от «09» августа 2019г., (ОГРН 1147746749831, ИНН 7733886142), адрес 127566, Москва, Высоковольтный проезд д.1, корп.3, помещение 16

**согласие на обработку своих персональных данных.**

**В лице представителя субъекта персональных данных** (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(кем и когда выдан)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ действующий

от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

Обработка моих персональных данных ограничивается достижением конкретных, заранее определенных и законных целей, в данном случае:

- обеспечение соблюдения требований законодательства Российской Федерации;
- медико-профилактических целях;

Обработке подлежат только те мои персональные данные, которые отвечают целям их обработки. Не допускается обработка моих персональных данных, несовместимая с целями сбора персональных данных. Обработка моих персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной/неавтоматизированной) обработкой персональных данных. Сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, использованию, передаче (распространению, предоставлению, доступу), обезличиванию, блокированию, удалению, уничтожению подлежат только те мои персональные данные, которые применяются оператором реально.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента его представления оператору до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. или на период действия договора оказания мне медицинских услуг, и может быть отозвано мной в любое время подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Мне разъяснено, что в случае реализации моего права на отзыв моего согласия на обработку персональных данных, оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, предусмотренных пунктами 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. (с изменениями, вступившими в силу 30.06.2018г. и действующими по настоящее время).

Мне также разъяснено, что в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (с изменениями, вступившими в силу 31.01.2019 г. и действующими по настоящее время) сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военным комиссариатам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено законом.

Мои персональные данные подлежат хранению в течение 25 лет, что соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Мои персональные данные подлежат уничтожению: по достижению целей обработки моих персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки моих персональных данных, о чем мне по истечении 3-х (трех) рабочих дней, установленных для прекращения обработки моих персональных данных, по указанному мной адресу оператором в течение 10 (десяти) рабочих дней будет направлено письменное уведомление.

Я хочу /не хочу (нужное подчеркнуть) получать информацию об услугах в виде смс-сообщений (в том числе напоминания о дате приёма) на указанный мной в данном согласии на обработку персональных данных номер сотового телефона

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Фамилия, инициалы пациента) (Подпись пациента)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.