**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента полностью

Зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем и когда выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

свободно, своей волей и в своих интересах даю: Обществу с ограниченной ответственностью «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) согласие на обработку своих персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 –Ф№ «О персональных данных».

Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

Обработка персональных данных осуществляется для исполнение Договора оказания платных медицинских услуг (далее по тексту – «Договор»), в  медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилия, Имя, Отчество, данные документа удостоверяющего личность, день, месяц, год и место рождения, гражданство, адрес электронной почты, номер телефона, изображение гражданина, запись его голоса, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, поставленном в рамках обращения в медицинские учреждения, сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах жизни и здоровья и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения Договора, к которому дается данное Согласие.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается данное Согласие: все действия с персональными данными необходимые для выполнения условий Договора, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Выражаю свое **СОГЛАСИЕ/НЕ СОГЛАСИЕ** *(нужное подчеркнуть)*на получение от ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в лице: администраторов клиники, лечащего врача и иных уполномоченных сотрудников, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью выполнения условий Договора и информирования пациента о новостях клиники (акциях), о режиме работы клиники, графике работы врача, напоминание о записи к доктору и.т.д.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

Адрес электронной почты для получения писем от ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в случае если вы ответили **согласием** указать адрес электронной почты (желательно печатными буквами), если **не согласием** поставить прочерк.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись пациента ФИО пациента

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.