**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*ФИО*  *полностью)*

паспорт серии \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

(*дата выдачи и название выдавшего органа)*

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ,

подтверждаю свое добровольное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Консультативно-диагностический Центр 78» (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты полиса ДМС, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, в т.ч. биометрические персональные данные, информацию о факте обращения за медицинской помощью в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (далее – персональные данные).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи представители Оператора вправе предоставлять мои персональные данные (в т.ч. содержащие сведения, составляющие врачебную тайну) страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, а также третьим лицам, осуществляющим медицинскую деятельность, в рамках заключенных договоров с Оператором в целях оказания медицинских услуг в интересах моего обследования и лечения с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Я уведомлен о том, что в любой момент времени, письменно обратившись к Оператору, вправе запросить перечень наименований и адресов любых получателей моих персональных данных, ознакомиться с имеющимися у Оператора своими собственными персональными данными, обратиться с просьбой о предоставлении дополнительной информации в отношении хранения и обработки персональных данных или же потребовать внесения любых необходимых изменений в персональные данные для их уточнения.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, за исключением случаев, установленных законодательством.

Настоящее согласие дано мной добровольно «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_