**СОГЛАСИЕ**

**ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата, название выдавшего органа)

представляющий интересы пациента:

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

(Ф.И.О. пациента полностью пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу:

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

(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинский центр Домашний Доктор»\_Г. Хабаровск ул. Гоголя д.39\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессия, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Социальном фонде России (СФР), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной Оператору, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (далее - Согласие).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными (моими, представляемого мной лица), включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование; передачу кругу лиц, определенным соглашениями, и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях в целях оказания медицинских услуг; обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать персональные данные (мои, представляемого мной лица) в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам: должностным лицам и работникам Оператора, а также страховым медицинским организациям, контролирующим органам: ТФОМС, СФР, ФНС, Росстату, Росздравнадзору, Роспотребнадзору, Минздраву, иным государственным органам.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до дня его отзыва.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного Заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Пациент (или его законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, инициалы)

**СОГЛАСИЕ**

**ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата, название выдавшего органа)

представляющий интересы пациента:

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

(Ф.И.О. пациента полностью пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу:

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

(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинский центр Домашний Доктор»\_г. Хабаровск ул. Гоголя д.39\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное положение, образование, профессия, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Социальном фонде России (СФР), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на государственную социальную помощь, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной Оператору, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (далее - Согласие).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными (моими, представляемого мной лица), включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование; передачу кругу лиц, определенным соглашениями, и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях в целях оказания медицинских услуг; обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать персональные данные (мои, представляемого мной лица) в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам: должностным лицам и работникам Оператора, а также страховым медицинским организациям, контролирующим органам: ТФОМС, СФР, ФНС, Росстату, Росздравнадзору, Роспотребнадзору, Минздраву, иным государственным органам.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до дня его отзыва.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного Заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных. Я проинформирован(а), что в случае отзыва мною данного Согласия, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством РФ.

Пациент (или его законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, инициалы)