

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>,
дата рождения: <ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ>,
зарегистрированный(ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>,
документ, удостоверяющий личность:
паспорт <ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>,
выдан <ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>,
дата выдачи <ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>,
свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие
Обществу с ограниченной ответственностью «Медицина Тольятти»
ИНН 6324017799, ОГРН 1116324002387,
адрес: 445030, Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, д. 48, пом. 1003,
далее — **Оператор**,
на обработку моих персональных данных на следующих условиях.

1. Цели обработки персональных данных

Обработка моих персональных данных осуществляется в целях:

1. организации и оказания мне медицинской помощи и медицинских услуг;
2. организации записи на прием к медицинским работникам, ведения расписания приемов, уведомления об изменении даты и времени приема;
3. установления медицинского диагноза, проведения обследований, лечения, профилактических и иных медицинских мероприятий;
4. ведения медицинской документации и учета оказанных медицинских услуг;
5. заключения, исполнения, изменения и прекращения договоров на предоставление платных медицинских услуг;
6. осуществления расчетов за оказанные медицинские услуги;
7. предоставления мне медицинских документов, их копий, выписок, результатов исследований и иной информации, связанной с оказанием медицинской помощи;
8. организации проведения лабораторных, диагностических и иных исследований, в том числе при привлечении иных медицинских и диагностических организаций;
9. взаимодействия со мной по вопросам оказания медицинской помощи и исполнения заключенных договоров, в том числе посредством телефонной связи, SMS-сообщений, электронной почты и иных предоставленных мной средств связи;
10. исполнения обязанностей, возложенных на Оператора законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, медицинской деятельности, бухгалтерского и налогового учета и обработки персональных данных.

Настоящее согласие **не является согласием на получение рекламы, рекламных и маркетинговых рассылок**, а также согласием на распространение персональных данных неограниченному кругу лиц.

2. Перечень персональных данных

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных в объеме, необходимом для достижения указанных целей:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата и место рождения;
- адрес регистрации и адрес фактического проживания;
- номер телефона;
- адрес электронной почты;
- сведения документа, удостоверяющего личность;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- сведения о законном представителе и документах, подтверждающих его полномочия;
- сведения о заключенных договорах и оказанных медицинских услугах;
- сведения о расчетах за оказанные медицинские услуги;
- сведения, содержащиеся в заявлениях, обращениях и документах, предоставленных мной Оператору.

3. Специальные категории персональных данных

Я даю согласие на обработку сведений, относящихся к специальным категориям персональных данных, в том числе:

- сведений о состоянии здоровья;
- сведений о заболеваниях и перенесенных заболеваниях;
- сведений о фактах обращения за медицинской помощью;
- сведений о диагнозах;
- сведений о результатах медицинских осмотров, обследований и исследований;
- сведений о проведенных медицинских вмешательствах;
- сведений о назначенном и проведенном лечении;
- сведений о принимаемых и назначенных лекарственных препаратах;
- сведений об аллергических реакциях и противопоказаниях;

- иных сведений, составляющих медицинскую документацию и врачебную тайну, в объеме, необходимом для оказания мне медицинской помощи.

4. Действия с персональными данными

Я даю согласие на совершение Оператором следующих действий с моими персональными данными:

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, передача в случаях и в объеме, необходимых для достижения целей обработки, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может осуществляться как **с использованием средств автоматизации**, так и **без использования средств автоматизации**.

Персональные данные могут обрабатываться в информационных системах Оператора, медицинских информационных системах, информационных системах бухгалтерского и управленческого учета, а также на бумажных носителях.

5. Предоставление и передача персональных данных

В целях оказания мне медицинской помощи допускается предоставление и передача моих персональных данных в необходимом объеме:

- медицинским работникам Оператора, непосредственно участвующим в оказании мне медицинской помощи;
- лабораторным, диагностическим и иным медицинским организациям, привлекаемым для проведения назначенных мне исследований и оказания медицинских услуг;
- иным лицам и организациям в случаях, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Передача сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Распространение персональных данных неограниченному кругу лиц на основании настоящего согласия **не допускается**.

6. Обработка персональных данных третьими лицами по поручению Оператора

В случае если Оператор поручает обработку персональных данных иному лицу и законодательством Российской Федерации предусмотрена необходимость указания такого лица в письменном согласии субъекта персональных данных, соответствующие сведения указываются Оператором:

Наименование лица: _____

Адрес: _____

Цель и объем поручаемой обработки: _____

7. Срок действия согласия

Настоящее согласие действует с даты его подписания **до достижения целей обработки персональных данных либо до его отзыва субъектом персональных данных**, если иной срок обработки или хранения соответствующих персональных данных не установлен законодательством Российской Федерации.

8. Отзыв согласия

Я вправе отозвать настоящее согласие путем направления Оператору письменного заявления:

- лично по адресу Оператора;
- почтовым отправлением по адресу Оператора;
- иным способом, позволяющим достоверно установить личность заявителя и факт получения заявления Оператором.

Мне разъяснено и понятно, что отзыв настоящего согласия **не влечет прекращения обработки моих персональных данных в случаях, когда их дальнейшая обработка допускается без моего согласия на основании законодательства Российской Федерации**, в том числе в целях оказания медицинской помощи, исполнения заключенного со мной договора, ведения и хранения медицинской документации и исполнения иных обязанностей медицинской организации.

9. Заключительные положения

Настоящее согласие является **самостоятельным документом** и оформляется отдельно от договора на предоставление платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и иных документов, подписываемых мной.

Мне понятны цели, содержание и условия обработки моих персональных данных.

Настоящее согласие дано мной **конкретно, предметно, информированно, сознательно и однозначно**.

Дата: <ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

Подпись: _____