**Приложение № 3 к Договору об**

**оказании платных медицинских услуг**

**№ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

Согласие на обработку персональных данных

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

*(Ф.И.О.)*

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

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата)*

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

*(кем выдан)*

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Лечебно диагностический центр «МЕДЭКСПЕРТ», зарегистрированному по адресу: 413100, г. Саратовская область,г. Энгельс, ул. Волоха, д. 15 помещение 2; (далее по тексту – ООО «ЛДЦ «МЕДЭКСПЕРТ» или Оператор), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации в отношении следующих необходимых и желаемых для оказания мне медицинских услуг персональных данных:

* фамилия, имя, отчество; дата рождения, возраст; пол; адрес регистрации и/или места жительства; данные документа, удостоверяющего личность (паспорта и/или свидетельства о рождении/усыновлении /удочерении/); данные страхового полиса; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о состоянии здоровья; номер контактного телефона, адрес электронной почты или сведения о других способах связи;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях оказания мне медицинских услуг в рамках исполнения договора оказания медицинских услуг (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и в целях оказания медицинских услуг, включая при этом обработку сведений в информационной системе с применением средств автоматизации; получение информационного обеспечения о деталях оказываемых услуг (в том числе временных) и предоставление информации о товарах и услугах, которые могут представлять интерес для меня, через средства связи /смс-сообщения, электронная почта/; участие в проводимых исследованиях, в том числе для контроля качества предоставленных услуг; для передачи результатов оказания медицинских услуг (в том числе, анализов) по каналам связи, включая передачу на адрес электронной почты, согласно условиям договора оказания платных медицинских услуг), учитывая, что Оператор является лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных иным третьим лицам только при наличии отдельного письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных нормами действующего законодательства, включая условия заключенного между мною и Оператором договора оказания платных медицинских услуг. Оператор гарантирует, что обработка моих личных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(‑а), что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет согласно нормам законодательства, действующего на момент подписания настоящего согласия. Данное согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в **пунктах 2-11 части 1 статьи 6**, **части 2 статьи 10** и **части 2 статьи 11** Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Вместе с тем, Оператор не обязан прекращать обработку персональных данных ранее периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне медицинских услуг.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные данные верны. В том числе я подтверждаю, что указанная контактная информация (сведения о способах связи) является верной и актуальной (в частности, адрес регистрации, адрес электронной почты, номер телефона). При этом я беру на себя полную ответственность за указание мною некорректных/ неверных/ неактуальных/ нарушающих действующее законодательство данных.

В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему представителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Контактный телефон представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(дата) (подпись) (расшифровка)*