

## Согласие на обработку персональных данных

### Субъект персональных данных,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

проживающий(-ая) по адресу:

паспорт:

(серия, номер, кем и когда выдан)

**В лице представителя субъекта персональных данных** (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных),

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(-ая) по адресу:

паспорт: серия, номер, кем и когда выдан

действующий от имени субъекта персональных данных на основании

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

Настоящим даю свое согласие на обработку своих (субъекта персональных данных) персональных, а именно:

фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; контактный телефон, адрес электронной почты.

Оператору: **ООО «Центр эпилептологии и неврологии»** (Адрес: 119136, 1-й Сетуньский проезд, д.5. ИНН: 7729465744. ОГРН: 1157746585292. Лицензия на осуществление медицинской деятельности а) № ЛО-77-01-011502 от 23.12.2015 года,

В целях оказания мне (субъекту персональных данных) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг в процессе оказания Оператором мне (субъекту персональных данных) медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (субъекту персональных данных) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими (представляемого) персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Разрешаю обработку моих персональных данных в электронной медицинской документации Операторов, обработку моего контактного телефона с целью смс-информирования о предстоящем посещении врача, а также передачу моих персональных данных медицинской документации по e-mail \_\_\_\_\_, на указанные мной адрес электронной почты номер телефона.

Разрешаю обработку моих персональных данных необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом в целях осуществления обязательного социального страхования.

Срок хранения моих (субъекта персональных данных) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до предоставления отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных (представителя) / ФИО

(\_\_\_\_\_)