Приложение №2

**СОГЛАСИЕ**

**пациента или законного представителя на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_\_\_ года рождения,

(Ф.И.О. пациента, Ф.И.О. ребенка до 14 лет, Ф.И.О. признанного в установленном порядке недееспособным)

или законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. законного представителя, в том числе и при дачи согласия на обработку персональных данных

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

несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, родственная связь, паспортные данные<серия и номер>, выдан <дата и название выдавшего органа>)

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

контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес субъекта персональных данных и законного представителя)

в целях оказания мне медицинских услуг, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 (в редакции) №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных ООО «Клиника Облик» (далее — Оператор), юридический и фактический адрес: 355037 г. Ставрополь, ул. Тельмана, 244, оф.5 ИНН 2635237648, КПП 263501001, ОГРН 1182651020463 в медико-профилактических целях: установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, включающих: сведения о факте обращения за медицинской помощью к Оператору, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, назначенном лечении, проведенных медицинских диагностических манипуляциях и исследованиях, иные сведения, составляющие врачебную тайну, а также фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон (ы), данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС). Даю согласие на обработку персональных данных, и передачу информации по внутренней сети Оператора, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников. Я предоставляю Оператору право обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) .

Оператор имеет право на прием и передачу моих персональных данных в ФСС, ФНС, страховым медицинским организациям и территориальному фонду ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут, осуществлять лица, в профессиональные обязанности которых входит сохранение профессиональной (служебной) тайны. Настоящее согласие дается на обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Настоящее согласие дается на срок, соответствующий сроку хранения Медицинской карты стационарного больного и Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а именно 25 (двадцать пять) лет. Настоящее согласие действует бессрочно. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я предупрежден (на) что если отказываюсь указывать подлинные персональные данные, то такой вид плановой медицинской помощи реализуется в соответствии с правом пациента на анонимное оказание медицинских услуг при заключение договора возмездного оказания медицинских услуг.

 Подтверждаю, что я осведомлен (а) о своем праве в любой момент отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления по адресу: г. Ставрополь, ул. Тельмана,244. Я знаю, что обработка персональных данных пациентов прекращается по достижению целей обработки (после завершения взаиморасчетов с пациентом по оплате оказанной медицинской помощи) и что в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных в соответствии с п.4. части 2 статьи 10 №152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. и действует бессрочно.

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

 (подпись) (фамилия и инициалы)

Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись законного представителя) (фамилия и инициалы)