СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, зарегистрирован__ по адресу: _____ _____, паспорт серии _____, номер _____, выданный _____ « ___ » _____ _____ года, адрес электронной почты, контактный номер телефона: _____

☐ являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):

_____
ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Диамед+», ОГРН 1176313103086, ИНН/КПП 6350025362/635001001, место нахождения г. Кинель, Самарская обл., пос. Горный, ул. Бобровская, д.16Б (далее - Оператор) на обработку Оператором (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц. с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе.

Согласие дается мною для целей обеспечения соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения и распространяется на следующую информацию:
фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность за пределами Российской Федерации; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; профессия; сведения о трудовой деятельности (в том числе стаж работы, данные о трудовой занятости на текущее время с указанием наименования и расчетного счета организации); отношение к воинской обязанности, сведения о воинском учете; фото-видео изображение лица;
а также:
сведения о состоянии здоровья;
данные полиса ДМС; данные полиса ОМС, знание иностранных языков.

Обработка персональных данных осуществляется как с использованием средств автоматизации, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, так и без использования таких средств.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор; запись; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передачу (предоставление, доступ); удаление; уничтожение.

Я ознакомлен(а), что отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом Оператор хранит персональные данные в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то органам государственным власти.

В случае отзыва согласия на обработку персональных ООО «Диамед+» 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 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей, Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

Контактный телефон(ы) _____

и почтовый адрес _____

Настоящее согласие действует со дня его подписания до достижения целей обработки персональных данных или до дня отзыва согласия в письменной форме.

_____ «___» _____ 20___г.

(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)