

**СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 «О защите персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Абсолютно Здоров», ИНН 4217195916, ОГРН 1194205018457 (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих:

Категория данных	Перечень персональных данных	Разрешение (да/нет)
общие	фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации/проживания	
специальные	сведения о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях	

для достижения следующих целей: медико-профилактических, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и 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 этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Заполняется ответственным сотрудником ООО «Абсолютно Здоров»:

личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

(подпись)

(Ф.И.О. сотрудника и должность)