

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, <ПациентФИО> (Ф.И.О. субъекта персональных данных), <ПАЦИЕНТ ДАТА РОЖДЕНИЯ> года рождения, проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>, паспорт: серия <ПАСПОРТ СЕРИЯ> N <ПАСПОРТ НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ ДАТА ВЫДАЧИ> г. <ПАСПОРТ ВЫДАН>, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Аванта» (ООО «МЦ «Аванта»), зарегистрированному по адресу: 299011, г. Севастополь, ул. Балаклавская, д. 3в (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу оператору (предоставление, доступ оператору), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: двадцать пять лет/ до момента отзыва согласия на обработку персональных данных/ в случае достижения цели обработки персональных данных.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Данное согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение двадцати пяти лет, либо до момента отзыва. В случае достижения цели обработки персональных данных оператор обязан прекратить обработку персональных данных или обеспечить ее прекращение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) в срок, не превышающий тридцати дней с даты достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено договором, стороной которого, выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, иным соглашением между оператором и субъектом персональных данных либо если оператор не вправе осуществлять обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основаниях, предусмотренных настоящим Федеральным законом или другими федеральными законами.

подпись

<ПАЦИЕНТ ФИО>

(расшифровка подписи)

<Дата>