**Согласие на обработку персональных данных**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявляю о согласии на обработку ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Екатеринбург» (620107, г.Екатеринбург, ул. Гражданская, д.9 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) и СНИЛС, место жительства; место регистрации; информацию, связанную с оказываемыми мне Оператором медицинскими услугами и процессом их оказания включая, анамнез, диагноз, вид, условия, объем и сроки оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью; контактный телефон; адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия операционной системы, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник (сайт, реклама), с которого пользователь перешел на сайт Оператора; язык операционной системы и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), в целях заключения и исполнения в соответствии публичной офертой ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина» Договора об оказании платных медицинских услуг. Даю согласие Оператору на предоставление медицинскими работниками моих персональных данных, в том числе данных, составляющих врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также Центральной дирекции здравоохранения – филиалу ОАО «РЖД» в процессе мероприятий по контролю качества оказанных услуг и частным учреждениям здравоохранения ОАО «РЖД» в процессе моего обследования и лечения, формирования единого реестра пациентов сети «РЖД–Медицина», предоставления мне результата оказанных услуг. 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, медицинские информационные системы Оператора, включения в списки (реестры) и отчетные формы с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации, обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную, врачебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной добровольно «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. и действует в течение срока хранения медицинских документов, содержащих мои персональные данные – 25 (двадцать пять) лет. Отзыв согласия может быть направлен мною в любое время в письменном виде в адрес Оператора

Подпись субъекта персональных данных ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Для целей технического обеспечения оказания мне медицинских услуг, процесса оплаты услуг безналичным способом, процесса регистрации на оказание медицинской услуги и акцепта публичной оферты ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Екатеринбург» договора об оказании платных медицинских услуг, загрузки информации об оказанной мне медицинской услуги на Портал государственных и муниципальных услуг Российской Федерации (портал Госуслуг), в информационную систему Федерального бюджетного учреждения науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей (ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора), для исполнения Оператором обязанности по уведомлению Роспотребнадзора и верификации данных об оказанных мне медицинских услугах, для получения мной QR-кодов и электронных сертификатов, связанных с оказанной мне услугой, даю согласие на предоставление моих персональных данных, включая данные составляющие врачебную тайну, Департаменту информационных технологий города Москвы, Департаменту здравоохранения города Москвы, являющимися уполномоченными органами города Москвы по работе ЕМИАС, ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, а также ООО «Инициум» (г. Москва, Киевское ш. 22й км (п. Московский), доп влад. 4, стр. 2, этаж 3, блок Г, офис 336Г) и ООО «Джибукинг», (г. Москва, Нижний Сусальный переулок, д. 5, строение 17, этаж 1, помещение 8, комната 17), осуществляющих обслуживание страниц сайта Оператора (страниц лендинга) и терминалов Оператора, используемых для заказа и оплаты медицинских услуг и обработки и обслуживание сервисов Оператора по онлайн оплате и рассылки мне результатов анализов на электронную почту [адрес электронной почты] из медицинской (лабораторной) информационной системы Оператора. Даю согласие на получение уведомлений об оказываемой услуги (результатов лабораторных исследований, документации, содержащей персональные данные, в т.ч. данные, отнесенные к врачебной тайне и иных уведомлений) от Оператора на электронную почту [адрес электронной почты], на получение смс-уведомлений (о произведенной оплате, заключении договора на оказание медицинских услуг, готовности результатов лабораторных исследований, иных уведомлений об исполнении договора) от Оператора на указанный номер телефона [номер телефона]. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной добровольно «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. и действует в течение срока хранения медицинских документов, содержащих мои персональные данные – 25 (двадцать пять) лет.

Отзыв согласия может быть направлен мною в любое время в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/