**Согласие пациента ООО "Клиника Соколовой"**

**на обработку персональных данных**

**г. Краснодар** «{nowd}» {nowMMMM} {nowyear} года

Я, {fio}, {birthDay}, {passport}, {address} (**ФИО, дата рождения, паспортные данные, место жительства**) именуемая(ый) в дальнейшем Субъект с одной стороны, в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; обеспечения контроля качества оказываемой медицинской помощи; **даю информированное и сознательное, свободно, своей волей и в своих интересах** согласие,

**Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Соколовой» ИНН 2310207009/ КПП 231001001, ОГРН 1182375033202 (далее Оператор)**, расположенному по адресу: **350000, Краснодар, ул. Гоголя, д. 80, литер А, офис 201**

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество; пол, возраст; дата и место рождения; паспортные данные; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; e-mail, номер телефона (домашний, мобильный); СНИЛС; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Подтверждаю свое согласие на передачу персональных данных и иных сведений обо мне, составляющих врачебную тайну, третьим лицам, в их числе: моим близким родственникам (мать, отец, супруг); работодателю, подразделениям ГУ МВД России по городу Краснодару и Краснодарскому краю, Территориальному Управлению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Краснодару и Краснодарскому краю, Министерству здравоохранения города Краснодар, страховым компаниям, органам прокуратуры; информирования работодателя о периодах временной нетрудоспособности и фактах моего обращения за медицинской помощью, а также в иных целях, которые могут возникнуть в связи с оказанием мне в ООО «Клиника Соколовой» медицинской помощи.

Также предоставляю право ООО «Клиника Соколовой» использовать мой адрес эл. почты для передачи sms-информации о предстоящем визите в клинику, о готовности результатов лабораторных, инструментальных обследований; о результатах лабораторных и/или инструментальных обследований;

Обработка персональных данных (за исключением хранения) прекращается по достижению цели обработки, т.е. при прекращении обязательств по заключённым договорам и соглашениям.

Субъект может отозвать настоящее согласие, путём направления письменного заявления Оператору. До момента получения такого заявления Согласие считается действующим.

Субъект при подписании настоящего Согласия и выражении желания получить результаты лабораторных и/или инструментальных исследований, проинформирован о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности.

(ФИО, подпись) {fio} /