

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

**Я, нижеподписавшийся,** \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ года рождения

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_.

*в соответствии с требованием статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» (с изм. и доп., вступившими в силу с 01.09.2015 г.)*

подтверждаю свое согласие на обработку **ИП Ханецкая Н.Ю. (ОГРНИП 318502900018735)**, расположенного по адресу: 141006, Московская область, г. Мытищи, пр-кт Астрахова, дом 6. кв. 220 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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; контактный телефон, электронный адрес, в целях поддержания связи; осуществления обращений по указанным номерам; отправки СМС-сообщений на указанный мобильный телефон; отправки электронных писем на указанный электронный адрес, в том числе для информирования о поступлении новых товаров и услуг, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, их результатов, для осуществления заочных опросов, с целью изучения мнения о товарах и услугах.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, представляю право, медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения пациента, а так же третьим лицам для проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества 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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных с использованием машинных носителей или по канала связи, с соблюдением мер обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, 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.

Контактный телефон \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных (ПАЦИЕНТ)** \_\_\_\_\_