**214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск,**

**г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д.**

**Тел.: +7 4812 618888**

**E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru**

**Рег.№ Лицензии Л041-01128-67/00303100**

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

являющийся Пациентом/ Законным представителем пациента**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество пациента)

Адрес регистрации по месту жительства: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

Данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

кем выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**дата выдачи**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях предоставления медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку в Обществе с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор», находящемуся по юридическому адресу: 215805, Россия, Смоленская область, Ярцевский мунц. р-н, г.п. Ярцевское, г. Ярцево, ул. Ольховская, д. 9, адрес осуществления деятельности; 214038, Смоленская обл., гор. округ г. Смоленск, г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д) моих персональных данных/персональных данных моего ребенка/подопечного, таких как: **фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), ИНН, СНИЛС, номера контактных телефонов; место работы и занимаемая должность; сведения об инвалидности; сведения об истории заболеваний, о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка/подопечного, сведения о диагностических мероприятиях, назначении и проведения лечения, данные рекомендаций, иные сведения, которые субъект персональных данных пожелал сообщить о себе и которые отвечают целям их обработки.**

Данное согласие предоставляется Оператору:

- с целью обработки моих персональных данных/ персональных данных моего ребенка/подопечного и занесения в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем, защищенных в установленном порядке;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативно-правовыми актами и договором на предоставление платных медицинских услуг.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации и составляет 25 (двадцать пять) лет. По истечении указанного срока Оператор обязан уничтожить мои персональные данные/ персональные данные моего ребенка/подопечного, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных/ персональных данных моего ребенка/подопечного иным лицам или иное их разглашение могут осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании письменного личного заявления, в том числе и в случаях получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных и Оператор обязан прекратить их обработку.

Дата оформления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)