Согласие на обработку персональных данных

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

*(Ф.И.О.)*

зарегистрированный(-ая):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(кем выдан)*

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, род занятий (профессия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, эл.почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Максимус», зарегистрированному по адресу: Саратовская обл., г. Маркс, ул. Вокзальная, д. 14 А (далее – Оператор) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации в отношении следующих необходимых и желаемых для оказания мне медицинских услуг персональных данных:

фамилия, имя, отчество; дата рождения, возраст; пол; адрес регистрации и/или места жительства; место работы (учебы), профессия; данные документа, удостоверяющего личность (паспорта и/или иного документа); данные страхового полиса; сведения о состоянии здоровья; номер контактного телефона, адрес электронной почты или сведения о других способах связи.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях оказания мне медицинских услуг в рамках исполнения договора оказания медицинских услуг [включая медико-профилактические цели, цели установления медицинского диагноза и цели оказания медицинских услуг, в том числе: обработка сведений в автоматизированной информационной системе; получение информационного обеспечения о деталях оказываемых услуг (в том числе временных) и предоставление информации о товарах и услугах, которые могут представлять для меня интерес, через средства связи (смс-сообщения, электронная почта); участие в проводимых исследованиях, в том числе удовлетворенности качеством предоставленных услуг; передача (по моему желанию и волеизъявлению) результатов оказания медицинских услуг по каналам связи, включая передачу на адрес электронной почты], согласно условиям указанного договора на оказание платных медицинских услуг.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных иным третьим лицам только при наличии отдельного письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных нормами действующего законодательства, включая условия заключенного между мною и Оператором договора оказания платных медицинских услуг. Оператор гарантирует, что обработка моих личных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(‑а), что Оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет согласно нормам законодательства, действующего на момент подписания настоящего согласия. Данное согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в **пунктах 2-11 части 1 статьи 6**, **части 2 статьи 10** и **части 2 статьи 11** Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Вместе с тем, Оператор не обязан прекращать обработку персональных данных ранее периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне медицинских услуг.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные данные верны. В том числе я подтверждаю, что указанная контактная информация (сведения о способах связи) является верной и актуальной (в частности, адрес регистрации, адрес электронной почты, номер телефона). При этом я беру на себя полную ответственность за указание мною некорректных/ неверных/ неактуальных/ нарушающих действующее законодательство данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата) (подпись) (расшифровка)*