Согласие на обработку персональных данных (для пациента)

Я, субъект персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. полностью)*, основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган),*

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*(заполняется законным представителем в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)*

в лице представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. представителя полностью)*, основной документ, удостоверяющий личность представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган*),

зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «ЭГО-ЛАБ»** (ИНН 2721239350, ОГРН 1182724025087, 680000, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Запарина, д. 59, помещ. 01(1-6,10-15,17-32),02(1-29), **(далее – Оператор),** на обработку моих персональных данных (данных представляемого), включающих в себя: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату и место рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа удостоверяющего личность, место работы, а также согласие на обработку **специальных категорий** персональных данных: сведения, составляющие врачебную тайну, в том числе данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оформления листка нетрудоспособности, передачи кассового чека в электронной форме (по моему требованию) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, медицинским организациям (лабораториям) в интересах моего (представляемого) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, органам государственной власти и иным организациям, имеющим право на получение персональных данных без дополнительного согласия субъекта персональных данных в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией, территориальным Фондом ОМС 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную врачебную тайну.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Срок действия настоящего согласия - двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте либо вручен лично под расписку представителю Оператора по адресу: 680000, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Запарина, д. 59, помещ. 01(1-6,10-15,17-32),02(1-29) с пометкой «отзыв согласия на обработку персональных данных». Я уведомлен (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

 *Личная подпись Фамилия И.О.*

**Согласие на получение сообщений (для пациента, заказчика)**

Я, субъект персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. полностью)*, основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган),*

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*(заполняется законным представителем в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)*

в лице представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. представителя полностью)*, основной документ, удостоверяющий личность представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган*),

зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 18 федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «ЭГО-ЛАБ»** (ИНН 2721239350, ОГРН 1182724025087, 680000, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Запарина, д. 59, помещ. 01(1-6,10-15,17-32),02(1-29), (далее – **Оператор**), осуществлять:

* отправку сообщений на указанный мной номер телефона (+7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), в том числе с использованием мессенджеров WhatsApp, Max, Telegram
* отправку электронных писем на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в целях обработки моего обращения, осуществление связи со мной для предоставления информации о результатах рассмотрения моего обращения; информирования меня об услугах, предложения мне услуг Оператора, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, маркетинговых программах; улучшения качества обслуживания, в том числе о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на приём, о готовности результатов исследований, при условии гарантии неразглашения данной информации третьим лицам без моего согласия, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я согласен на предоставление мне информации и предложение услуг путем направления сообщений, писем посредством электронной почты, телефонных обращений, SMS-сообщений.

Срок действия настоящего согласия - двадцать пять лет.

**Я уведомлен(а) о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на получение сообщений путем подачи письменного заявления Оператору по адресу: 680000, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Запарина, д. 59, помещ. 01(1-6,10-15,17-32),02(1-29) с пометкой «отзыв согласия на получение сообщений».**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

 *Личная подпись Фамилия И.О.*

**Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения (для пациента, заказчика)**

Настоящим Я, субъект персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. полностью)*, основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган),*

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*(заполняется законным представителем в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)*

в лице представителя субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. представителя полностью)*, основной документ, удостоверяющий личность представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган*),

зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

 руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о своем согласии на распространение **Обществом с ограниченной ответственностью «ЭГО-ЛАБ»** (ИНН 2721239350, ОГРН 1182724025087, 680000, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Запарина, д. 59, помещ. 01(1-6,10-15,17-32),02(1-29) **(далее - Оператор)** моих персональных данных неограниченному кругу лиц (размещение информации обо мне) с целью информирования неограниченного круга лиц о деятельности Оператора, оказываемой Оператором бытовых услуг, медицинской помощи и его работниках, которые принимают участие в оказании бытовых услуг, медицинской помощи, ,маркетингового и рекламного продвижения услуг Оператора, публикации моего изображения (фото и видео), моих персональных данных в открытых источниках информации, в том числе в сети Интернет, на сайте Оператора, социальных сетях, обработки моего изображения (фото и видео) с использованием графических и видео-редакторов, воспроизведения, размещения на любых материальных носителях в следующем порядке:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория персональных данных | Перечень персональных данных | Разрешаю к распространению (да/нет) | Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет) | Условия и запреты | Дополнительные условия |
| Общие персональные данные | Фамилия | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Имя | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Отчество | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Год рождения | Да / Нет | Да / Нет | Разрешаю указывать только возраст |  |
| Месяц рождения | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Дата рождения | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Семейное положение | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Биометрические персональные данные | Фото и/или видео изображение, голос | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Специальные категории персональных данных | Состояние здоровья | Да / Нет | Да / Нет |  |  |
| Факт обращения за медицинской помощью, наименование оказанных медицинских услуг | Да / Нет | Да / Нет |  |  |

Сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
| Информационный ресурс | Действия с персональными данными |
|  | Предоставление сведений неограниченному кругу лиц |

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных:

-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется по желанию субъекта персональных данных).

**Также, Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные:**

фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения;

страховой номер индивидуального лицевого счета в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС);

сведения о паспорте гражданина Российской Федерации (серия, номер, дата выдачи и орган, его выдавший);

адрес регистрации по месту жительства;

адрес места пребывания (фактического проживания);

номер телефона;

адрес электронной почты;

иные персональные данные, которые могут понадобиться для передачи уполномоченному органу или организации в целях предоставления Оператором отчетности об оказанных мне медицинских услугах, о состоянии моего здоровья, в интересах моего (представляемого) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, органам государственной власти и иным организациям, имеющим право на получение персональных данных без дополнительного согласия субъекта персональных данных в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации (в том числе, но не ограничиваясь в Фонд Социального страхования России, Росздравнадзор, Роспотребнадзор).

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (в случае незаполнения - до момента отзыва).

Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные путем подачи письменного заявления Оператору по адресу: 680000, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Запарина, д. 59, помещ. 01(1-6,10-15,17-32),02(1-29) с пометкой «отзыв согласия на распространение персональных данных». В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

**Подтверждаю, что мои права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)