|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Согласие пациента на обработку** **персональных данных**Я, **[FIO7]** **[bd5]** года рождения, проживающий/-ая по адресу: **[ADDR1\_4],** паспорт **[PASS3]** в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим сознательно выражаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника ЦМД», юридический адрес: г. Иркутск, ул. Рабочего Штаба, д. 29/1, (далее - оператор) моих персональных данных (данных моего несовершеннолетнего ребенка, **[CHILD2]** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования. В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (данными несовершеннолетнего ребенка), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право: при обработке моих персональных данных (данных несовершеннолетнего ребенка) вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями; с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, прямо предусмотренных в Законе. Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными: обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов, а также без использования средств автоматизации; передачу сведений, составляющих врачебную тайну и (или) содержащих персональные данные, принадлежащие мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, по адресу электронной почты **[email]**. Я осведомлен, что передача сведений, составляющих врачебную тайну и (или) содержащих персональные данные, в этом случае будет осуществляться незащищенным каналам связи. Кроме того, я заверяю ООО «Клиника ЦМД», что указанный в настоящем абзаце адрес электронной почты принадлежит лично мне. Любые риски, связанные с несанкционированным доступом третьих лиц к указанному мною адресу электронной почты и возможной утратой сведений, составляющих врачебную тайну и (или) содержащих персональные данные, принимаю на себя и отвечаю за них самостоятельно.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **[FIO8]** |  |  **[DT3]** |
|  | (подпись) |  |  |

Даю согласие на информирование посредством смс-оповещения на предоставленный мной телефонный номер.

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись) |  |

**Уполномоченный представитель медицинской организации**

|  |
| --- |
| **[registr]** |
|  | (подпись) |

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления.Настоящее согласие дано мной **[DT4]** и действует бессрочно.Субъект персональных данных:

|  |
| --- |
| **[fios]** |
|  | (подпись) |

 |