**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., зарегистрированный по месту жительства по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серия \_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (серия, номер, дата выдачи паспорта и наименование органа его выдавшего)

в соответствии с положениями ст. ст. 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю мои персональные данные (представляемого мной) и даю согласие **ООО «Медицинский центр «Камелот»** (далее – Оператор), на обработку в целях оказания медицинской помощи следующих моих (представляемого мной лица) персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ** | **Разрешаю - да, не разрешаю - нет** |
| Фамилия, Имя, Отчество |  |
| Дата рождения |
| Адрес регистрации |
| Серия, номер, дата выдачи паспорта, сведения о выдавшем органе  |
| Сведения о фактах обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну  |
| Биометрические персональные данные, фотографии |
| Контактные телефоны(домашний, мобильный) |
| e-mail |

Настоящим согласием предоставляю право Оператору осуществлять любые действия с вышеуказанными персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, передачу, электронное копирование, извлечение, использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение при условии соблюдения мер, обеспечивающих защиту данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что эти действия будет осуществляться cотрудниками Оператора, обязанными сохранять профессиональную и врачебную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную информационную базу данных ООО «Медицинский центр «Камелот», осуществлять их прием и передачу с использованием машинных носителей или по каналам связи, путем включения в списки (реестры) и отчетные формы, в соответствии с договорами добровольного медицинского страхования (ДМС), обязательного медицинского страхования (ОМС), для обмена информацией с медицинскими организациями, муниципальными и государственными органами исключительно в интересах моего обследования, лечения, профилактики, реабилитации и реализации мер социальной защиты, предусмотренных законодательством РФ и Омской области без специального уведомления меня об этом.

Предоставляю оператору право информировать меня различными способами, включая направление SMS-сообщений, текстовых и графических сообщений на предоставленные мной Оператору адреса электронной почты и номера телефонов с напоминанием о посещении врачей, о результатах моего обследования и лечения, о мероприятиях, проводимых «МЦ «Камелот», об изменении содержания, условий и сроков оказываемых услуг, которые касаются моего состояния здоровья.

Кроме того, в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю сотрудникам ООО «Медицинский центр «Камелот» без предварительного уведомления меня об этом предоставлять сведения, составляющие мою врачебную тайну (врачебную тайну представляемого мной), в том числе сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, в целях информирования иных лиц о состоянии моего здоровья, а также в целях реализации права на получение социального налогового вычета за медицинские услуги и медикаменты в порядке ст. 219 Налогового кодекса РФ:

□ никому

□ моей жене, моему мужу, моим детям, моим родителям (указать ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ иным конкретным лицам\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать ФИО)

Данное согласие действует бессрочно, если не будет отозвано мною. Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством письменного заявления, врученного Оператору. При получении моего письменного отказа, Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате ранее оказанной мне медицинской помощи.

Я подтверждаю, что данное согласие является информированным, сознательным, добровольным.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

Подпись и расшифровка подписи пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Полномочия представителя на дачу согласия от имени субъекта персональных данных Оператором проверены*