СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ № _____, выдан _____
(кем и когда)

в целях:

- записи на приём, консультацию, диагностику и профилактические осмотры;
- ведения медицинской карты, назначения лечения, выписки рецептов и направлений;
- информирования о результатах анализов, исследований и выполненных назначениях;
- взаимодействия со страховыми организациями по полису ОМС/ДМС;
- направления на дополнительные обследования и госпитализацию;
- обеспечения внутреннего контроля качества медицинской помощи,

даю согласие **ООО «МЕД-ПЛЮС»** (ОГРН 1209100004630, ИНН 910201001 адреса: 295034, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Набережная имени 60-летия СССР, д. 37/56, литера А; 295053, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Воровского, д. 24А)

на обработку моих персональных данных, включая **специальные категории** (сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью), в соответствии с ч. 2 ст. 10 Федерального закона № 152-ФЗ, исключительно для целей, указанных выше.

Перечень обрабатываемых данных:

- фамилия, имя, отчество;
- пол, дата рождения;
- адрес места жительства (регистрации и фактического проживания);
- контактный телефон, адрес электронной почты;
- место работы, должность;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- данные полиса ОМС (или ДМС), СНИЛС;
- сведения о состоянии здоровья, диагнозах, назначениях, результатах обследований, перенесённых заболеваниях, операциях, аллергических реакциях, группе крови, резус-факторе, инвалидности, наличии хронических заболеваний;
- иные сведения, необходимые для оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством.

Настоящее согласие даётся на совершение следующих действий (операций) с моими персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также передача (предоставление, доступ) третьим лицам в случаях, предусмотренных законом или необходимых для исполнения договора (в том числе страховым компаниям, лабораториям, другим медицинским организациям для продолжения лечения).

Срок действия согласия – со дня подписания до дня отзыва в письменной форме. Отзыв осуществляется путём направления письменного заявления по адресу: 295053, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Воровского, д. 24а, ООО «МЕД-ПЛЮС». После получения отзыва оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в срок, не превышающий **30 календарных дней**, за исключением случаев, когда обработка может быть продолжена без моего согласия на основании п. 2–11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10, ч. 2 ст. 11 152-ФЗ.

Я вправе отозвать согласие полностью или в части (например, запретить передачу данных третьим лицам, оставив обработку для внутренних целей).

«__» _____ **20**_ г.

Субъект персональных данных: _____ / _____
(подпись) (расшифровка)