**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

|  |
| --- |
| Я, нижеподписавшийся (аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. полностью)  паспорт серия\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес фактического места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**)  несовершеннолетнего (далее – **Пациент**):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ФИО несовершеннолетнего* |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Европа»** ИНН 3702684452, ОГРН 1123702029868, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности рег. № Л041-00110-37/00570627 от 12.08.2020, лицензирующий орган – Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения действует бессрочно, (далее - Оператор), расположенному по адресу: г. Иваново, пер. Мархлевского, д. 17 моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, номер СНИСЛ, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В целях оказания услуг по ОМС и осуществления внутреннего контроля качества, я предоставляю право Оператору передавать персональные данные и данные о состоянии здоровья в страховые медицинские организации, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг даю свое согласие на поручение Оператором обработки моих (представляемого мной лица) персональных данных, передачу моих (представляемого мной лица) персональных данных, указанных в настоящем согласии, в том числе составляющих врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам:

1. ООО «Ситилаб-Иваново», ИНН 3702546396, юридический адрес: г. Иваново, ул. 10 Августа, д. 43, офис 311;
2. ООО "Геномед", ИНН 7701759381, юридический адрес: г. Москва, ул. Бауманская, д. 50/12, стр. 1;
3. ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», ИНН 3728002150, юридический адрес: г. Иваново, ул. Любимова, д. 5.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г. и действует в течение срока хранения медицинской документации – 25 лет.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных включающих: имя, контактный телефон, адрес электронной почты, в целях получения сообщений рекламного или информационного характера в виде sms-сообщений по указанному мною на сайте https://evropa-clinic.ru/ (включая его поддомены, далее – Сайт), **номеру телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ электронной почте\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Давая настоящее Согласие, Пользователь гарантирует, что является совершеннолетним лицом, указанный на Сайте номер телефона, адрес электронной почты, принадлежат ему лично, подтверждает правильность указанных им данных и соглашается с тем, что самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИЛС. Отказываясь от предоставления СНИСЛ, пациент (представитель пациента) понимает, что медицинская организация не несет ответственности за невозможность реализации права пациента на доступ к своей медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи