**Согласие пациента на обработку персональных данных**

Я, **(ФамилияИмяОтчество) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

Паспорт гражданина России серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

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

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (далее – Закон), в целях предоставления мне медицинских услуг, даю согласие

ООО «ПАРАЦЕЛЬС СТОМА», 188689 Ленинградская обл., Всеволожский р-н, дер. Кудрово, ул.Ленинградская, д.7 пом. 57-н, ИНН 4703131491 / КПП 470301001, ОГРН 1154703002409, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01149-47/00303466 от 15.01.2016 года, выданной Комитетом здравоохранения Ленинградской области (191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, единая информационно-справочная служба: 8 (812) 63-555-64)- (далее – Оператор)

на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, СНИЛС, адрес места жительства, контактная информация (номер телефона и e-mail, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

В соответствии с требованиями указанного Закона подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, являющимся сотрудником ООО «ПАРАЦЕЛЬС СТОМА» и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных 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 (в том числе, передача данных в ЕГИСЗ);

- 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 амбулаторной медицинской карты. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Я уведомлен(а) о том, что в случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор с целью выполнения требований федерального законодательства вправе продолжать обработку моих персональных данных в течение срока и в объеме, установленным законодательством.

Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, установленного законодательством для уничтожения или передачи персональных данных в архив.

Настоящее согласие на обработку персональных данных в ООО «ПАРАЦЕЛЬС СТОМА» дано мной добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе. Я, находясь в сознании, понимая значение своих действий и не ошибаясь в отношении согласия, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с тем, как это описано выше.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г. **(ФамилияИО)/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*подпись*