**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся, Ф.И.О., реквизиты паспорта , дата выдачи, кем выдан, проживающий(ая) по адресу, адрес электронной почты , номер телефона, медицинская организация, к которой я прикреплен(а) для медицинского обслуживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Субъект), в соответствии с требованиями ст.23,24 Конституции РФ, ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в медицинско-профилактических целях, а также в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «БаГеНа», Красноярский край, г.Канск, ул. 40 лет Октября, д.52А, (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дату и место рождения, гражданство, адрес места жительства, контактные телефоны, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в СФР (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии моего здоровья, анамнезе, диагнозах моих заболеваний, фактах обращения за медицинской помощью, серию и номер выданного листка нетрудоспособности, иные персональные данные, полученные при моем обследовании, лечении, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора и обеспечения безопасности, при условии соблюдения мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа и сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные системы персональных данных, бумажные носители с использованием и без использования средств автоматизации, смешанным способом, по закрытым каналам связи и видеоконференцсвязи, с использованием видео- и фотофиксации.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, иных медицинских осмотров, диспансеризации, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, должностным лицам Оператора, третьим лицам, обрабатывающим персональные данные в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться с сохранением врачебной тайны.

Одновременно подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных СФР, ФНС, Росстату, иным государственным органам (по их письменному запросу).

Кроме того, даю согласие на **СМС, Е-mail рассылку в целях моего** информирования о записи на приём, об изменении графика работы клиники или специалиста, о сдаче анализов и их результатах, об иных медицинских услугах, а также о скидках и специальных акциях на услуги.

Передача моих персональных данных в иных целях, иным лицам и иное их распространение осуществляется только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: индивидуальной медицинской карты ­­– пять лет, истории болезни – двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мною «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ф.И.О.