

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {фio\_пациента}, {дата\_рождения\_пациента}, паспорт серии {серия\_(паспорт\_пациента)} номер {номер\_(паспорт\_пациента)} выдан {дата\_выдачи\_(паспорт\_пациента)} {место\_выдачи\_(паспорт\_пациента)}, зарегистрированный по адресу: {адрес\_регистрации\_пациента}, {снилс}, {моб\_телефон\_пациента}, {email\_пациента}, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает свое согласие на обработку персональных данных (далее по тексту – Согласие) Исполнителю {полное\_наименование\_клиники} ИНН {инн\_организации}, ОГРН {огрн\_организации}, находящемуся по адресу: {фактический\_адрес\_клиники} (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ»), включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серия основного документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, гражданство, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения о приобретенных товарах и оказанных услугах, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» обрабатывает персональные данные «ПАЦИЕНТА» в целях соблюдения норм законодательства РФ, а также с такими целями как: заключение и исполнение договоров; информирование о новых товарах, услугах; подготовка индивидуальных предложений; ведение рекламной деятельности; соблюдение норм по охране труда, личной безопасности и сохранности имущества; контролирование количества и качества выполняемой работы; обеспечение пропускного режима.

В процессе предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» «ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ» медицинских услуг предоставляет право сотрудникам «ИСПОЛНИТЕЛЯ» передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «ИСПОЛНИТЕЛЯ», в интересах обследования и лечения «ПАЦИЕНТА».

«ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ» предоставляет «ИСПОЛНИТЕЛЮ» право осуществлять все действия (операции) с персональными данными «ПАЦИЕНТА», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе обрабатывать персональные данные «ПАЦИЕНТА» посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

«Настоящим я даю согласие на передачу (предоставление) моих персональных данных в соответствии с целями их обработки третьим лицам, включая, но не ограничиваясь - передачу в страховые, медицинские организации, в том числе с использованием сервиса Контур.Страхование (программа для ЭВМ, предназначенная для обмена электронными документами между страховыми компаниями и медицинскими организациями) и иные юридические лица в рамках заключенных договоров.

«ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ» даёт своё согласие на отправку ему результатов медицинских анализов, обследований и заключений по открытым и незащищенным каналам (электронной почте, указанной в реквизитах). О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации «ПАЦИЕНТ» предупрежден.

«ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ» даёт своё согласие на отправку ему «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» сообщений информационного и рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации и разрешает «ИСПОЛНИТЕЛЮ» в рекламных целях использовать любые средства связи, в том числе по электронной почте, SMS, MMS, MAX, WhatsApp, Telegram.

Я согласен(а) на получение кассовых чеков от {полное\_наименование\_клиники} в электронной форме. Прошу отправлять мне кассовые чеки по адресу электронной почты {email\_пациента}.

«ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ» согласен с тем, что в помещении «ИСПОЛНИТЕЛЯ» проводится открытая видеосъёмка в коридорах с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» гарантирует «ЗАКАЗЧИКУ/ПАЦИЕНТУ», что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ», не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ» на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

Срок хранения персональных данных «ЗАКАЗЧИКА/ПАЦИЕНТА» составляет пять лет. Настоящее согласие дано «ЗАКАЗЧИКОМ/ПАЦИЕНТОМ» и действует бессрочно.

«ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ» оставляет за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено «ЗАКАЗЧИКОМ/ПАЦИЕНТОМ» в адрес «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

В случае получения письменного заявления «ЗАКАЗЧИКА/ПАЦИЕНТА» об отзыве согласия на обработку персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате предоставленных «ЗАКАЗЧИКУ/ПАЦИЕНТУ» до этого медицинских услуг.

ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ \_\_\_\_\_