

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Настоящим я, \_\_\_\_\_, документ: \_\_\_\_\_ серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_.

**Для заполнения законным представителем:**

Настоящим я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

(адрес регистрации)

как законный представитель на основании:

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с требованиями федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свободно, своей волей и в своём интересе (в интересе субъекта персональных данных, законным представителем которого я являюсь) согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории персональных данных,

**Обществу с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» (ООО «Томограф-Ас») (далее – Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б»,**

в медико - профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, в т. ч. на коммерческой основе, путем извлечения прибыли; создания условий для обеспечения гарантий прав граждан на оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме, а также профилактике заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека (субъекта персональных данных), поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи; исполнения обязательств по договору; осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий, обязанностей, а также осуществления прав и законных интересов оператора в рамках осуществления видов деятельности, предусмотренных Уставом и иными его внутренними локальными актами Оператора, для исполнения иных федеральных законов; а также осуществления услуг, связанных с информированием клиентов по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в т. ч. информации рекламного характера, а также в целях предоставления скидок. Моими персональными данными (персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь) является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (к лицу, законным представителем которого я являюсь), указанная в договоре на оказание медицинских услуг и иных соглашениях, медицинской карте, бланках, талонах и иных учетных формах, а именно: ФИО; пол; год, месяц, дата и место рождения; гражданство; национальность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес проживания, дата регистрации по указанному месту жительства; сведения о семейном положении, о родственниках (ФИО, дата рождения, степень родства, адрес, контактные данные (в целях осуществления связи): телефон, электронная почта; иные данные, истребованные Оператором в объеме необходимом для оказания качественной медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, а также для ведения установленных учетно-отчетных формах, для связи в случае необходимости); сведения о месте работы, профессия; сведения о социальных льготах и социальном статусе; страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), данные договоров и иных соглашений на представление платных медицинских услуг, приложений к ним; сведения, касающиеся состояния здоровья, состояния интимной жизни и всей информации, использованной при оказании медицинской помощи в рамках договоров о представлении платных медицинских услуг (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, сведения о состоянии здоровья и диагнозе, история развития заболевания, сведения об истории жизни, перенесенных заболеваниях, семейном анамнезе, наследственных заболеваниях, травмах и т. п., сведения об особенностях реакции организма на применяемые фармацевтические средства, медицинские вмешательства, сведения о полученных результатах обследования, результатах анализов, диагнозе, сведения о медицинских вмешательствах и применяемых методах и препаратах, сведения о результатах отдельных медицинских вмешательств и комплексном медицинском вмешательстве, сведения о временной нетрудоспособности (в т. ч. серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии)), контактные данные (в целях осуществления связи): телефон, электронная почта; а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении; сведения об оплате оказанных услуг; иные сведения, необходимые для указанных целей.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь) я предоставляю право осуществлять обработку моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории, помимо лиц, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии со ст. 9 федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», другим

должностным лицам Оператора в интересах своего обследования и лечения (интересах обследования и лечения лица, законным представителем которого я являюсь). Я предоставляю Оператору право осуществлять обработку персональных данных в т. ч. отнесенных к специальной категории, путём совершения действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации (без использования таких средств), по открытых каналам связи (в том числе посредством Интернета, электронной почты) и по локальной сети, с применением электронных и иных материальных носителей информации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, передачу (распространение, представление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных; включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации; осуществлять передачу (представление, доступ) в налоговые органы в соответствии с Налоговым Кодексом; третьим лицам (уполномоченным должностным лицам в законном порядке); надзорным, контролирующими и исполнительным органам; передачу персональных данных и осуществление иных действий, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации третьим лицам в целях исполнения договора (соглашения), исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации, при условии, что и приём и обработка будет осуществляться в соответствии с действующим законодательством.

Настоящим я подтверждаю свое согласие на обработку оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, по вопросам о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием к врачу; сроках оказания услуг; представления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе о готовности результатов исследований (анализов); иную медицинскую документацию; об информации о предстоящих акциях на предоставляемые услуги путем представления соответствующей информации с помощью электронной почты, телефонного звонка (или смс-сообщения), почтовой рассылки. Я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, оператор не может гарантировать конфиденциальность информации, не несет ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам. Я даю согласие, в случае личного обращения по телефону, на обработку моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) посредством системы записи телефонных разговоров используемой Оператором в целях: контроля качества обслуживания клиентов работниками, при общении с клиентами по телефону, повышения качества обслуживания, регулирования спорных вопросов с клиентами, а также снижения вероятности утечек конфиденциальной информации.

Я осведомлен о том, что для улучшения качества обслуживания субъектов персональных данных и их законных представителей, обеспечения их личной безопасности и имущества, антитеррористической безопасности на территории оператора осуществляется видеонаблюдение, в том числе в медицинских кабинетах с зоной покрытия только медицинского оборудования и рабочего места врача.

Для достижения целей обработки даю согласие Оператору на передачу моих персональных данных другим юридическим лицам, имеющим право на обработку персональных данных. Актуальный перечень юридических лиц указан на сайте: [https://asklepiy-dv.ru/files/legal\\_docs/pacient-counterparty.pdf](https://asklepiy-dv.ru/files/legal_docs/pacient-counterparty.pdf).

Передача моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) иным лицам и/или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты и составляет 25 лет.

Об ответственности за достоверность предоставленных персональных сведений предупрежден (а).

Настоящее согласие действительно со дня его подписания и действует бессрочно.

Я ознакомлен (а) с документами оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: **690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б»**, заказным письмом с уведомлением или вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись под настоящим согласием означает понимание мной всех условий, порядка и последствий обработки моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь).

(подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)	/ .. / (расшифровка подписи) _____. _____.20 _____. г.
(подпись уполномоченного представителя Оператора)	/ .. / (расшифровка подписи) _____. _____.20 _____. г.