Приложение № 2

к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.

на оказание платных медицинских услуг

**СОГЛАСИЕ**

на обработку персональных (в том числе специальных) данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан: Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)  свидетельство о рождении/паспорт\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное (ый)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  зарегистрированный(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие на обработку** уполномоченными сотрудниками ООО «Мида», ОГРН 1082304001438, ИНН 2304052861, КПП 230401001, место нахождения: 353485, Краснодарский край, Геленджик г, Архипо-Осиповка с, Ленина ул, дом 84, 5 (далее – «Оператор», «Клиника») моих персональных данных (персональных данных Потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) включающих в себя:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные фотофиксации в процессе оказания медицинской помощи, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, а также в целях оказания медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания потребителей и проведения маркетинговых исследований.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку, опекаемому, подопечному) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка, опекаемого, подопечного) обследования и лечения.

В целях улучшения качества обслуживания, маркетинговых программ настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «Мида» в виде (sms-сообщений), на электронный адрес (e-mail), смс (sms-сообщения) и телефону на указанный мною номер и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер телефона является достоверным и принадлежит мне на основании договора оказания услуг связи (абонента), а адрес электронной почты зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Способ обработки персональных данных смешанный: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации при участии и при непосредственном участии человека.

Срок хранения моих (моего ребенка, опекаемого, подопечного) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет. Срок действия настоящего согласия – бессрочно.

Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя 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 (моему ребенку, опекаемому, подопечному) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 года

Потребитель/ Представитель потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_