Общество с **ограниченной ответственностью Центр эстетической медицины «Консул СТ»** 622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил, Уральский пр., 81. Тел.: /3435/ 44-26-30, konsul-st@mail.ru, сайт: konsul-st.ru

центр эстетической медицины

*р/с 40702810416540005716 в Уральский банк ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674 БИК 046577674 ИНН 6623070600 КПП 662301001 ОКПО 67720525 ОГРН 1106623004146 ОКТМО 65751000*

**Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных**

я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: № дата выдачи , выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основной документ, удостоверяющий личность, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

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

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе даю согласие ООО ЦЭМ «Консул СТ» на обработку в документарной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных на период действия Договора па оказание платных медицинских услуг.

Настоящим даю согласие на обработку своих персональных данных, перечисленных ниже:

фамилия, имя, отчество, пол, возраст, паспортные данные,

адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, помер мобильного телефона

страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СПИЛС),

серия и номер страхового медицине кого полиса и его действительность,

сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы по результатам обращения пациентов к врачу, в том числе при прохождении диспансеризации и медицинских осмотров, информация об оказанных медицинских услугах, в том числе о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах)

Цель обработки персональных данных - исполнение договорных обязательств на оказание медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, установления медицинского диагноза, информационного обеспечения пациентов, осуществления обратной связи с пациентами (рассмотрения заявлений, жалоб).

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме

Дата: г Подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я также даю согласие на получение напоминаний о предстоящей процедуре; информации о новых продуктах и услугах; информации об акциях и скидках на товары и услуги в следующей форме: смс-сообщение и сообщение в мобильных приложениях па номер

телефонный звонок на номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

эл. письмо на электронную почту по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: г Подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я также даю согласие, в соответствии с п. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", на использование фото и видеоматериалов исключительно в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Я информирован, что фото и видеоматериалы не будут содержать данных, идентифицирующих личность, и будут использованы только в информационных источниках ООО ЦЭМ «Консул СТ».

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле.

Дата: г Подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_