**Индивидуальное добровольное согласие субъекта персональных данных**

**на обработку персональных данных в ООО ЦЭМ «Консул СТ»**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по месту жительства по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения пациента при подписании представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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 на оказание платных медицинских услуг.

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

* **фамилия, имя, отчество, пол, возраст,**
* **данные документа**, удостоверяющего личность,
* **адрес регистрации** по месту жительства и адрес фактического проживания, **номер мобильного телефона, адрес электронной почты или иные данные, указанные в Договоре на оказание платных медицинских услуг,**
* страховое свидетельство государственного пенсионного страхования **(СНИЛС)**,
* серия и номер страхового медицинского 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, сведения о жалобах и диагнозах, противопоказаниях и осложнениях, а также другие данные, содержащиеся в медицинской карте пациента.

**Мне сообщили, что сведения о состоянии моего здоровья могут передаваться по защищенной линии связи в ЕГИСЗ** (Единая государственная информационная система здравоохранения) в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности…»

**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).

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и без принуждения, до подписания мною вышеуказанное согласие мною прочитано и полностью мне понятно.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

**Дата: {ТекущаяДатаПолная} г Подпись√ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / √\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я также даю согласие на получение:

* напоминаний о предстоящей процедуре;
* информации о новых продуктах и услугах ООО ЦЭМ «Консул СТ».;
* информации об акциях и скидках на товары и услуги ООО ЦЭМ «Консул СТ».

в следующей форме:

**смс**-сообщение и сообщение в мобильных приложениях на номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**телефонный звонок на номер** \_**√**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и без принуждения, до подписания мною вышеуказанное согласие мною прочитано и полностью мне понятно.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

**Дата: {ТекущаяДатаПолная} 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».

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и без принуждения, до подписания мною вышеуказанное согласие мною прочитано и полностью мне понятно.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

**Дата: {ТекущаяДатаПолная} г Подпись √\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_√\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**