**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных и биометрических данных**

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

 (Ф.И.О. полностью)

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

 (место регистрации)

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

 (серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статей 9,10,11 Федерального закона № 152-ФЗ от 27июня 2006 года «О персональных данных» настоящим даю своё согласие на обработку моих персональных и биометрических данных и данных представляемого мною лица, ООО «Единство», 600037, г. Владимир, ул. Тихонравова, д.13 (далее - Оператор) и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своём интересе и в интересах представляемого мною лица.

Согласие даётся мною в целях установления медицинского диагноза (в т.ч. с учётом динамики показателей состояния здоровья), оказания мне и представляемому мною лицу медицинских и медико-социальных услуг, подтверждения качества оказанных медицинских услуг.

Согласие распространяется на следующую информацию: мою фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, место регистрации, дату регистрации, контактный телефон, место работы и должность, реквизиты полиса ДМС, данные о состояния здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг), мои и/или представляемого мной фото и видео изображения, медицинские изображения (например, рентгенограммы).

Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих и представляемого мною лица персональных данных, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передача), обезличивание, блокирование, уничтожение. Обработка персональных данных осуществляется Оператором с применением следующих основных способов (но не ограничивается ими): фото- и видео-фиксация, хранение, запись на электронные носители и их хранение, включение в списки (реестры) и отчётные формы при условии, что их обработка осуществляется лицом, подписавшим с Оператором обязательство о неразглашении ПД.

Я предоставляю право Оператору в процессе оказания мне медицинской помощи:

-передавать мои ПД, в том числе сведения, относящиеся к предмету врачебной тайны, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, органам управления здравоохранения при условии, что указанное представление, передача будут осуществляться с использованием медицинских носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих ПД от несанкционированного доступа, а также при условии, что их приём т и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

-передавать мои ПД, информацию о состоянии моего здоровья в Фонд социального страхования Российской Федерации, страховым медицинским организациям, другим медицинским организациям, с которыми у Оператора заключён договор о неразглашении ПД.

Передача моих персональных данных иным лицом или иное их разглашение может осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих и представляемого мною лица ПД соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 лет с момента оказания последней медицинской услуги.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Оператор обязан прекратить их обработку по истечении минимального срока хранения документов, установленного федеральным законодательством, отсчитываемого с момента окончания взаиморасчётов по оплате медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мною\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 г. и действует до окончания срока хранения моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, ФИО)