**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ**

**И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

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

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

в лице моего представителя (если есть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)

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

 принимаю решение о предоставлении своих персональных и биометрических персональных данных Обществу с Ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир», ОГРН 1086154007532, ИНН 6154557850, юридический адрес: 347905, Россия, Ростовская область, г.Таганрог, ул.Дзержинского,119, адрес фактического оказания медицинских услуг: Россия, Ростовская область, Неклиновский район х. Красный Десант ул. Октябрьская, 1-В (далее – «Оператор персональных данных») и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях:

1. Целью обработки персональных и биометрических персональных данных (фото) является оказание медицинских услуг, установление диагноза, получение персональной карты пациента, содержащую мои персональные данные.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации и фактического проживания; название и адрес места работы/ учебного заведения; должность; данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность): серия, номер, кем выдан, дата выдачи; номер телефона; рабочий телефон; реквизиты полиса ОМС; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях; для несовершеннолетних: фамилия, имя, отчество, адрес и гражданство опекуна/законного представителя, данные свидетельства о рождении; адрес электронной почты, биометрические данные: фотография.

3. Согласие дается на следующие действия с персональными и биометрическими данными:

Обработка, автоматизированная и неавтоматизированная, вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменения использования, распространение), передачу (в страховые медицинские организации, территориальный фонд ОМС, ДМС организацию, иные организации, в рамках действия хозрасчетного договора с использованием электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006 г.

В процессе оказания мне Оператором персональных данных медицинской помощи я предоставляю права медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора персональных данных, в интересах моего обследования и лечения.

4. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом: персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники. Персональные данные уничтожаются по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации Общества с Ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир», ОГРН 1086154007532, ИНН 6154557850, юридический адрес: 347905, Россия, Ростовская область, г.Таганрог, ул.Дзержинского,119 , адрес фактического оказания медицинских услуг: Россия, Ростовская область, Неклиновский район х. Красный Десант ул. Октябрьская 1-В; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 ФЗ №152 от 27.06.2006).

Подтверждаю, что в соответствии с п.1 ч.4 ст.18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» лица, сопровождающие меня или представляющие мои интересы, будут уведомлены мной об осуществлении обработки их нижеперечисленных персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; номер контактного телефона; контактный адрес электронной почты; фактический адрес действительного места; наименование, серия и номер действующего документа, удостоверяющего личность.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

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

подпись расшифровка подписи