

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Пациента ОБЩЕСТВОМ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЮРСтом» (далее - Оператор).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных моих/Пациента и сведений, отнесенных к врачебной тайне, необходима для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг, а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места регистрации, профессия, наличие вредных факторов, паспортные данные, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты - зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента/законного представителя, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача по защищенным каналам связи (на машинных носителях) Оператора с целью обеспечения оплаты и учета медицинских услуг, оказанных Пациенту Оператором, в том числе привлеченным медицинским специалистам для обеспечения работы врачебной комиссии и системы внутреннего контроля качества; 6) блокирование; 7) уничтожение.

Оператор также вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным и персональным данным Пациента, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав и прав Пациента; 3) на получение при обращении к

Оператору с запросом информации, касающейся обработки персональных данных своих и Пациента.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к обрабатываемым персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора оказания медицинских услуг, заключенного с оператором, а по его истечении - в течение срока, установленного законодательством РФ.

Пациент ( \_\_\_\_\_ )      Подпись: \_\_\_\_\_

Контактный телефон : \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_