Приложение №4

к договору на предоставление

 платных медицинских услуг

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Ф.И.О. полностью)*

*гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол (м/ж) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*серия, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(когда и кем)*

*Адрес регистрации*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Адрес фактического проживания*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ДАЧИ СОГЛАСИЯ ЧЕРЕЗ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:**

**Представитель пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Ф.И.О. представителя)*

*гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол (м/ж) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(когда и кем)*

*Адрес регистрации*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Адрес фактического проживания*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*на основании*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(указать: закона или наименование и реквизиты документа (доверенности или решения суда), подтверждающего полномочия представителя)*

**являясь пациентом / представителем пациента** *(нужное подчеркнуть),* в соответствии со ст.ст. 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**я своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие** **на обработку моих персональных данных (по воле и в интересе представляемого мною лица подтверждаю согласие** **представляемого лица на обработку его персональных данных) оператором – обществом с ограниченной ответственностью «Профессиональная медицинская лига» (ООО «Профессиональная медицинская лига»),** ОГРН 1067746397630, ИНН 7729543520, адрес местонахождения: 121471, г. Москва, вн.тер.г. мун. округ Очаково-Матвеевское, ул. Рябиновая, д. 43, к. 2, этаж 4, часть помещ. 4-I-1, далее по тексту именуемым «оператор»*.*

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, осуществления расчетов за оказанные услуги, предоставления информации об услугах и расчетах в государственные органы, в целях проведения научных и статистических исследований, опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных, в том числе относящихся к состоянию здоровья, необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также необходима для заключения и исполнения договора, в соответствии с которым оператор оказывает мне (представляемому лицу) медицинскую помощь и иные сопутствующие услуги, для оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими организациями-соисполнителями.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол и дата рождения, адрес регистрации и места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья (включая анализы ДНК, рост, вес, оттиски (слепки) зубов, рентгеновские снимки и пр.), состоянии интимной жизни, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью,.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных, в том числе у уполномоченных третьих лиц; хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); уточнение (обновление, изменение) персональных данных; использование персональных данных в связи с оказываемыми услугами; передача персональных данных субъекта в установленном порядке по внутренней или внешней сети по защищенным каналам связи, на материальных носителях; блокирование; уничтожение.

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

Я даю согласие на обработку персональных данных путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи (по телефону, электронной почте) в целях продвижения на рынке товаров, работ, услуг оператора и партнеров оператора.

Я даю согласие на получение информации (рассылки) по сети подвижной радиотелефонной связи и/или по электронной почте в виде кассовых чеков или бланков строгой отчетности в электронной форме.

Также я даю согласие на передачу персональных данных, включая все содержащие врачебную тайну сведения и документы:

- заказчику, заключившему в мою пользу (в пользу представляемого мною лица) договор на предоставление платных медицинских услуг с оператором;

- медицинским организациям-соисполнителям, агентам, партнерам оператора, которые сотрудничают с оператором в процессе предоставления медицинских и иных сопутствующих услуг;

- страховым компаниям в целях оказания медицинской помощи, осуществления со стороны страховых компаний контроля качества медицинской помощи, а также в целях исполнения обязательств оператора (медицинских организаций-соисполнителей) и защиты интересов по различным договорам, заключенным со страховыми компаниями в сфере добровольного медицинского страхования (ДМС) и страхования ответственности оператора (медицинских организаций-соисполнителей), медицинских работников;

- государственным органам, осуществляющим рассмотрение, расследование, дознание по уголовным делам, проверку поводов и оснований для возбуждения уголовного дела, производство по делам об административных правонарушениях, мероприятия по осуществлению государственного контроля, надзора и учета (прокурорский, налоговый, исполнения наказаний и другие виды в соответствии с законодательством);

- государственным органам, осуществляющим сбор и обработку фискальных данных в связи с расчетами за оказанные услуги и уплатой налогов и сборов;

- консультантам, которые осуществляют юридическое, бухгалтерское, финансовое, аудиторское, кадровое и иное сопровождение деятельности оператора, при этом до сведения консультантов доводится, что указанная информация является конфиденциальной.

Я даю согласие на обработку персональных данных в течение всего срока действия договора с оператором, в соответствии с которым оператор оказывает мне (представляемому лицу) медицинскую помощь, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством.

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.

**Предоставляя свои\* контактные данные (контактные данные представляемого лица):**

**номер мобильного телефона**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| + | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**адрес электронной почты**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| да |  | нет |

 | я выражаю согласие на то, что на указанный номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты оператором будет направляться информация о запланированном посещении клиники (о времени, месте и специалисте/процедуре) |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| да |  | нет |

 | я выражаю согласие на то, что на указанный адрес электронной почты оператором будет направляться информация о результатах лабораторных и диагностических исследований, проведенных при оказании медицинских услуг, а также по согласованию с оператором иная медицинская информация и документация |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| да |  | нет |

 | я выражаю согласие на то, что на указанный номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты оператором будет направляться информация об услугах оператора и партнеров оператора в целях улучшения качества обслуживания, проведения маркетинговых (рекламных) акций и программ |

Я подтверждаю, что являюсь (представляемое лицо является) законным владельцем и пользователем указанных номера мобильного телефона и адреса электронной почты. В случае изменения номера мобильного телефона/адреса электронной почты, передачи номера телефона/адреса электронной почты другому лицу в постоянное или временное владение/пользование, расторжения (приостановления) договора оказания услуг связи на указанный номер мобильного телефона, прекращения доступа к указанной электронной почте, наступления иных обстоятельств, препятствующих получению информации от оператора посредством указанных номера мобильного телефона и/или адреса электронной почты, обязуюсь (представляемое лицо обязуется) незамедлительно уведомить об этом оператора. До получения оператором такого уведомления указанные номер мобильного телефона и адрес электронной почты будут считаться достоверными контактными данными, а настоящее согласие на получение информации по этим данным действующим.

Выражая согласие на получение информации на указанные номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты, я обязуюсь (представляемое лицо обязуется) обеспечить надлежащую защиту получаемой информации и принимаю на себя (представляемое лицо принимает на себя) полную ответственность за возможное раскрытие третьим лицам персональных данных (в том числе информации, относящейся к врачебной тайне).

Я уведомлен о том, что я (представляемое лицо) вправе в любое время отозвать настоящее согласие на обработку персональных данных (в том числе согласие о получении информации об услугах по телефону, адресу электронной почты) путем подачи письменного заявления оператору, а также получить доступ к персональным данным при личном обращении либо путем направления письменного запроса оператору.

**Пациент (представитель пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

 *(подпись пациента/представителя пациента) (фамилия, имя, отчество)*

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Свои контактные данные указывает сам пациент либо законный представитель пациента; представитель по доверенности указывает данные представляемого лица