**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (-аяся)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

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

выдан (кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от «27» июля 2006 г. «О персональных данных» № 152 – ФЗ, ***даю свое согласие*** на обработку оператором – Медицинской автономной некоммерческой организации «Лечебно-диагностический центр (юридический адрес – г. Ангарск, 6а микрорайон, д. 12) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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, **в целях** установления медицинского диагноза, проведения медико-профилактических мероприятий, оказания медицинских услуг и медико-социальных услуг, учета пациентов проходивших обследование и лечение, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в интересах моего обследования и лечения, обеспечения безопасности в ходе оказания медицинских услуг.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие включает: - ввод, систематизацию, хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); - уточнение, обновление, изменение, модификация, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных; - передача персональных данных субъекта третьим лицам в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

С данными будет производиться автоматизированная и неавтоматизированная обработка.

Согласие, действует в течение срока лечения или обследования у оператора и периода, установленного для хранения медицинских документов (25 лет).

Согласие может быть мною отозвано и дано новое, в корректированном виде по первому моему требованию путем письменного заявления. В случае изменения моих персональных данных обязуюсь в трехдневный срок предоставить уточненные данные ответственному за обработку персональных данных.

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, расшифровка субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_