**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.**

    Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., зарегистрированный (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Субъект персональных данных, а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, то Законный представитель, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг, **подтверждаю свое согласие** на обработку Исполнителем - **Обществом с ограниченной ответственностью "Клиника эстетической медицины "Статус Ре-Эйдж"**, расположенной по адресу 644007, г.Омск, ул.Герцена, д.48 (далее именуемый как - Оператор), моих персональных данных, включающих:

1) фамилия, имя, отчество; 2) пол;

3) дата рождения;

4) гражданство;

5) данные документа, удостоверяющего личность; 6) место жительства; 7) место и дата регистрации;

8) контактный телефон, адрес электронной почты; 9) реквизиты полиса ОМС (ДМС); 10) данные ИНН для получения налогового вычета за услуги по лечению в порядке ст.219 Налогового Кодекса РФ; 11) СНИЛС и информация о трудовой деятельности и стаже (место работы, должность, общий и страховой стаж) в случае оформления листа временной нетрудоспособности; 12) данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

      В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг, в интересах моего (представляемого) обследования и лечения, реализации мер социальной защиты, предусмотренных законодательством РФ и Омской области.

   Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

      Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими (представляемого) персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством  РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну

       Даю свое (представляемого) согласие на передачу персональных данных третьему лицу, свободно, своей волей и в своем интересе, Обществу с ограниченной ответственностью "Софт-Сервис", ИНН 7444061150, 455023, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск, Октябрьская 5-33, (МИС МЕДОДС), с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа без права передачи сторонним лицам.

        Передача моих (представляемого) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

    Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ, и составляет двадцать пять лет.

    Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

    В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до предоставлении отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

    Субъект персональных данных (Законный представитель)            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО

  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.                                    