СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

город Москва «___» _____ 20___ года

Я,_____,
ФИО полностью
_____серия _____№_____
данные документа, удостоверяющего личность
выдан_____
орган, выдавший документ, и дата выдачи
проживающий(-ая) по адресу: _____
_____,
в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей и в своем интересе, даю информированное и сознательное согласие на обработку следующих персональных данных (далее – **«Согласие»**): фамилия, имя, отчество, пол, гражданство, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес места жительства (регистрации) и места пребывания, образование, профессия (специальность), место работы (учебы); данные полиса добровольного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья (степень расстройства функций организма, заболевания, дефекты, травмы); вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах; контактные данные (номер мобильного телефона, адрес электронной почты).

Настоящее Согласие дается мной **Обществу с ограниченной ответственностью «Лидер»** (ИНН7709698074), место нахождения: 101000 г. Москва, Лялин пер., д.5, стр.3, Лицензия на осуществление медицинской деятельности рег. № ЛО41-01137-77/00321945 от 06 июня 2018 года, именуемому далее «**Оператор»**.

Настоящее Согласие дается мной в следующих целях: предоставления медицинских услуг, в целях установления медицинского диагноза, заключения с Оператором договоров, их исполнения, изменения и прекращения; ведения переписки и предоставления информации; ведения бухгалтерского, статистического учета и отчетности, делопроизводства, доставки почтовых отправлений; информационного обеспечения деятельности Оператора, в том числе создания и поддержания работы корпоративных порталов (сайтов) Оператора в сети Интернет; ведения и актуализации базы пациентов; проведения опросов, направленных на выявление удовлетворенности/неудовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг; информирования меня о предоставляемых Оператором медицинских услугах, проводимых мероприятиях и акциях.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам добровольного медицинского страхования, договору на оказание медицинских услуг или иному договору на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) на обмен (прием и передачу) персональными данными при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе осуществлять автоматизированную обработку моих персональных данных, указанных в настоящем Согласии, их обработку без использования средств автоматизации, а также смешанную обработку таких данных, в том числе с передачей по внутренней информационно-телекоммуникационной сети, а также сети Интернет.

Настоящее Согласие предоставляется мной на осуществление Оператором любых действий в отношении персональных данных, перечисленных в настоящем Согласии, включая, но не ограничиваясь следующими: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие действует в течение неопределенного срока – до момента его отзывы в порядке, установленном настоящим Согласием. 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.

Я уведомлен(-а) о том, что в случаях и в сроки, установленные законодательством, Оператор уничтожит мои персональные данные. Дополнительное уведомление меня Оператором об уничтожении персональных данных предоставляется по моему письменному запросу.

☐Я согласен на получение результатов лабораторных и инструментальных исследований по электронной почте на адрес _____

_____/_____/
подпись *фамилия, имя, отчество полностью*