**Информированное добровольное согласие**

**на обработку персональных данных**

Я**,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь пациентом ООО «Здоровье», выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных в целях информированного обеспечения оказания медицинской помощи, для формирования общедоступных источников персональных данных, включая выполнения действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче) и уничтожению персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации и фактическое место проживания, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи, указанного документа и выдавшего его органа, номер контактного телефона., сведения о профессии, должности, образовании, а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, результаты выполненных медицинских исследований (анализов) и другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов), установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам ООО «Здоровье» передавать мои персональные данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы.

В соответствии со ст. 6 Федерального Закона от 27.07.2006 №152-Ф3 «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями» от 27.07.2010 г. № 227-Ф3), обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона, может осуществляться ООО «Здоровье» без моего дополнительного согласия. На основании ст.9 вышеуказанного закона**, я даю согласие на обработку своих персональных данных,** действуя своей волей и в своих интересах.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Здоровье», после чего необходимо прекратить обработку моих персональных данных в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Данное согласие дано «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует бессрочно. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)