**СОГЛАСИЕ  
субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

**Официальный представитель,**

(ФИО)

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**действующий от имени несовершеннолетнего Пациента** «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р.

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Серия и номер паспорта/свидетельства о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года,

именуемый в дальнейшем «Пациент», даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Блеск-Л» (далее – Исполнитель), которое находится по адресу: 105043 г. Москва, Первомайская ул., д.58Б., стр.1, этаж 1, помещение I, комнаты 31,32,33,16 в лице Директора, действующего на основании Устава, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с содержанием которого я был ранее ознакомлен.

Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, возраст, адрес места регистрации и места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья пациента, фото-видеозаписи, рентгеновские снимки и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оценки качества медицинской помощи, в целях информирования о визитах на прием, рекламных акциях, спецпредложениях, внеплановых назначениях на прием, информирования об изменении работы врача и лечебного учреждения.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю пер едавать свои персональные данные, фотографии, аудио- и видеоинформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, любому штатному сотруднику Исполнителя и третьим лицам в интересах своего обследования и лечения, оценки качества медицинской помощи при условии сохранения сотрудниками и третьими лицами врачебной тайны и персональных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

Представитель субъекта персональных данных (Пациента):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.