**СОГЛАСИЕ**
**на обработку персональных данных**

Я,
(Фамилия, Имя, Отчество)
_____ **г.** рождения, зарегистрированный по адресу: _____, тел. **,** именуемый (ая) в дальнейшем как субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Общество с ограниченной ответственностью «Ваш доктор» (основной государственный регистрационный номер в Едином государственном реестре юридических лиц 1075032014331, ИНН 5032176359, адрес места нахождения: Московская область, г. Одинцово, б-р Маршала Крылова, д. 15, Телефон, факс: +7(495 580-45-80) (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, 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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства номер полиса ДМС, и другие персональные данные, полученные Оператором при оказании медицинской помощи.

Настоящим предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в рамках заключенных договоров, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение и др. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Мной предоставляется Оператору право на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи (в т.ч. Интернета) об изменениях порядка представления медицинских услуг, о записи на прием к врачу, о результатах медицинских обследований. Согласие на использование персональных данных в указанных целях заполняется в виде Соглашения о предоставлении сервисных услуг (Приложение – обратная сторона Согласия).

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес ООО «Ваш доктор» соответствующего письменного документа.

Потребитель:

Потребитель:

(паспорт_____ _____, выданный _____
_____

«___»_____20__года,код подразделения:(_____),

_____/_____/