**Согласие пациента на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя полностью)

адрес­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем, когда)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. « О персональных данных» № 152- ФЗ **даю согласие на обработку своих персональных данных.**

**Общество с ограниченной ответственностью « Стомат. студия « Ваш Доктор»**

Юридический адрес:

 **Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

 **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

 **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, систематизация накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

 **Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** внесение персональных данных в электронную базу данных , включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных ( документов) по ОМС (договором ДМС), обмен ( прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

 **Срок, в течение которого действует согласие:** настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

 **Порядок отзыва согласия: о**тзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего заявления оператору, получившему согласие.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись оператора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_