**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных пациента**

Я, нижеподписавшийся (-шаяся)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (Фамилия пациента) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (Имя пациента) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (Отчество пациента) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Проживающий (-ая)по адресу: |  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Документ, удостоверяющий | Серия |  | Номер: |  |
| личность: | Выдан: |  |
|  |  |  |
|  |
|  | Дата выдачи: | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. |
| СНИЛС **…………………………………..** Полис ОМС/ДМС.................................................................. |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Телефон: |  | E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Место работы:** |  |

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «УПРАВЛЯЮЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ» (далее по тексту УМК) на обработку и передачу своих персональных данных своих персональных данных на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных, передаваемых УМК: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и другую информацию. Указанная информация хранится и обрабатывается УМК в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

2. Предоставляю УМК право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

3. УМК вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

4. В процессе оказания УМК мне медицинских услуг я предоставляю право УМК передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, следующим лицам:

- должностным лицам УМК, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с УМК на основании заключенного договора с УМК;

- должностным лицам работодателя, отвечающим курирующим кадровые вопросы и вопросы охраны труда, страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: территориальным органам Роспотребнадзора, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной **«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.,** вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Условием прекращения обработки персональных данных является получение УМК моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

**Дата вакцинации COVID-19:……………………………………………………………………………………………**

**Название вакцины:………………………………………………………………………………………………………….**

Подпись субъекта персональных данных

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись субъекта персональных данных) |  | (Ф.И.О.) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Место для штрих-кода ПЦР** |  | **Место для штрих-кода АНТИТЕЛА** |
|  |  |  |