ПРИЛОЖЕНИЕ к договору

на оказание медицинских услуг ООО «Голливуд»

**Согласие**

**на обработку персональных данных**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф. И. О.пациента (представителя) полностью)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ф. И. О. полностью ребёнка

Проживающий по адресу (по месту регистрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер паспорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата, название выдавшегго органа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Голливуд» (далее Оператор) моих (моего ребенка) персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии 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 (моего ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору полное право осуществлять все действия (операции) с моими (моего ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение,использование,блокирование, уничтожение. Оператор в праве обрабатывать мои (моего ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных,включения в списки (реестры) и отчетные формы,предусмотренные документами,регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) .Срок хранения моих (моего ребенка)персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.Передача моих (моего ребенка) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

дата

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направ лен мной в адрес Оператора .В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Подпись субъекта (представителя) персональных даннных** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_