|  |
| --- |
| Генеральному директору  |
| ООО «Областной медицинский центр» |
| Тереховой В.В. |
|  |

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г., проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

свободно и своей волей даю своё согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Областной медицинский центр» (ИНН 5753067973, юридический адрес: 302028, г. Орёл, ул. Пионерская, д.10А), именуемому далее – Оператор, на обработку:

□ моих персональных данных;

□ персональных данных гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес места жительства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

законным, уполномоченным представителем которого я являюсь на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(указать наименование и реквизиты документа)*

включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(ые) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья (здоровья лица, интересы которого я представляю), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, результаты медицинских обследований, в целях оказания медицинских услуг (медицинской помощи), в том числе, записи на приём и информировании о дате и времени приёма, оформления и хранения медицинской документации.

Предоставляю Оператору право осуществлять с моими персональными данными (персональными данными лица, интересы которого я представляю) следующие действия (операции): сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные лица, интересы которого я представляю), в том числе, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС (в случае предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования).

Настоящее согласие действует до окончания срока хранения моих медицинских документов (медицинских документов лица, интересы которого я представляю).

Согласие может быть отозвано письменно путём обращения по адресу Оператора по почте заказным письмом либо вручения под подпись представителю Оператора.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата) (подпись)*

□ Даю согласие на обработку моих персональных данных (телефон, электронная почта) в целях направления мне уведомлений о медицинских услугах, акциях и новостях Оператора.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата) (подпись)*