

СОГЛАСИЕ**на обработку персональных данных**

Я, субъект персональных данных: _____
(Ф.И.О. полностью), основной документ, удостоверяющий личность: _____ (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган), зарегистрированного(-ой) по адресу: _____, в лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) _____ (Ф.И.О. полностью), основной документ, удостоверяющий личность: _____ (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган), зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, _____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие ООО «ММЦ Мульти Клиник Томск» (далее - Оператор), ведущему свою деятельность по адресу 634029, г. Томск, ул. Сибирская, д. 9/1 этаж 3, на обработку своих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; семейное положение; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; СНИЛС; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении; реквизиты банковской карты; номер расчетного счета; номер лицевого счета; профессия; фото-видео изображение лица; данные голоса человека; сведения о состоянии здоровья; реквизиты полиса ДМС.

Представитель субъекта персональных данных в целях исполнения договора (договоров) на оказание платных медицинских услуг дает конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие Оператору на обработку своих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; ИНН; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; реквизиты банковской карты; номер расчетного счета; номер лицевого счета; реквизиты полиса ДМС.

В целях исполнения договора (договоров) на оказание платных медицинских услуг Оператором я предоставляю право работникам оператора обрабатывать персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных Оператора, передавать их другим должностным (работникам) лицам Оператора. Я разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); обезличивание; удаление; уничтожение.

Оператор имеет право осуществлять обработку моих персональных данных во исполнение своих обязательств по Договору оказания медицинских услуг; при осуществлении видов деятельности, предусмотренных учредительными документами Оператора; для предоставления статистической отчетности, отчетных форм, на включение в списки (электронные реестры), для обмена (приема и передачи) моих персональных данных с третьими лицами, в том числе с ООО «МК», и иными уполномоченными организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я выражаю свое согласие получать сведения, связанные с исполнением договора на оказание платных медицинских услуг по открытым каналам связи сети Интернет на адрес электронной почты и (или) номер телефона:

e-mail: _____;

телефон: _____.

Я понимаю, что получение информации посредством открытых каналов связи сети Интернет не заменяет и не исключает возможность получения такой информации на бумажном носителе.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно.

(подпись) / _____
(Ф.И.О.)

Я даю согласие на распространение персональных данных: фото-, видеоизображений, аудиоинформации с моим участием (участием представляемого) для целей использования в научных материалах (докладах, выступлениях); опубликования в профессиональных или медицинских печатных изданиях; использования в рекламных, информационных целях; использования в сети интернет, в том числе на электронном сайте Оператора <https://multiclinic.ru/> с целью отражения изменений в динамике лечения и его результатах; контроля качества услуг.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует до момента поступления оператору требования, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Пациент (законный представитель):

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие пациента
на участие в NPS – исследовании Клиники**

Я, _____, проживающий (ая) по адресу _____,
паспорт серия _____,

не возражаю участвовать в NPS – исследовании (опросе), направленном на повышение качества обслуживания Клиники.

Пациент (законный представитель):

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)