

**Согласие
пациента на обработку персональных данных**

Я, _____
(Ф.И.О.) субъекта персональных данных)
" ____ " _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:
_____, паспорт: серия _____ N _____,
выдан " ____ " _____ г.

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Филд-Мастер» (ООО «Филд-Мастер») (далее – Оператор), ОГРН 1027733011404, ИНН 7733143901, КПП 771701001), юридический адрес: проезд Рижский, дом 9, Москва, 129626 в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно:

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии);
- 2) год рождения, месяц рождения, дата рождения, место рождения;
- 3) вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность гражданина, наименование органа, код подразделения органа, выдавшего его, дата выдачи;
- 4) адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства (месту пребывания);
- 5) номер телефона, электронная почта или сведения о других способах связи;
- 6) сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве обязательного страхования или документе, подтверждающем регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
- 7) сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- 8) иные персональные данные, ставшие известными в ходе личного приема или в процессе обращения, которые отвечают цели обработки персональных данных.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

" ____ " _____ 20 ____ г.

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)