

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ (В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ) ДАННЫХ**

(Ф.И.О. полностью)

паспорт, серия

номер

выдан

кол подразделения дата выдачи адрес регистрации:

в соответствии с требованиями статьи 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку в ООО «ТАИР-ПЛЮС» (ОГРН 1159102035696, ИНН 9102162134) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, тип документа, удостоверяющего личность, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, ИНН, адрес места жительства, контактные телефоны, данные о состоянии своего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (лица, законным представителем которого я являюсь) и/или относящихся ко мне (лица, законным представителем которого я являюсь) документах и иных источниках, предоставленных ООО «ТАИР-ПЛЮС» или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, передачу), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее Согласие дается мной (лица, законным представителем которого я являюсь) в следующих целях: предоставления медицинских услуг; заключения с Оператором договоров, их исполнения, изменения и прекращения; ведения бухгалтерского, статистического учета и отчетности, делопроизводства; ведения и актуализации базы пациентов; проведения опросов, направленных на выявление удовлетворенности/неудовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг; информирования о предоставляемых Оператором медицинских услугах, проводимых мероприятиях и акциях.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях соблюдения норм действующего законодательства РФ (ст.ст. 91, 94 Закона № 323-ФЗ и ПП РФ от 09.02.2022 № 140), в том числе в части размещения сведений в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата рождения, СНИЛС, сведения о заболеваниях (состояниях) и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами РФ), обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения, оказания медицинской помощи, исполнения договора возмездного оказания услуг - договора на оказание платных медицинских услуг (в том числе путём автоматической обработки), персонализированного и статистического учета, проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также с целью хранения данных о результатах оказания услуг на электронных носителях.

Я даю согласие на использование информации, составляющей врачебную тайну и содержащейся в медицинской и иной документации, ведение которой предусмотрено действующим законодательством, в том числе для научных целей (проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях), использования в учебном процессе, без указания (обезличивание) персональных данных пациента.

Настоящее согласие дано мной также в целях соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, в том числе по вопросам соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности путём сбора моих (лица, законным представителем которого я являюсь) биометрических персональных данных (цветная цифровая фотография, изображение лица/тела; цветная цифровая видеозапись лица/тела), обрабатываемых Оператором в интересах его обследования и лечения, а также с целью хранения данных о результатах оказания медицинских услуг на электронных носителях.

Я проинформирован (а), что ООО «ТАИР-ПЛЮС» гарантирует обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации, установленного действующим законодательством РФ.

« » 20 г. Z

подпись расшифровка подписи

Подпись субъекта персональных данных/представителя субъекта персональных данных в случае отказа предоставить сведения необходимые для размещения сведений в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ-ИЭМК/РЭМД), а также в случае отказа от дачи согласия на размещение соответствующих сведений.

подпись расшифровка подписи