|  |  |
| --- | --- |
|  | ООО «Деметра-Клиник»  ИНН 2721239511, ОГРН 1182724025990  лицензия № Л041-01189-27/00633580 от 27.12.2022 г. |

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество, дата рождения)

(далее – Клиент) в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. N152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю и даю свое согласие на обработку ООО «Деметра-Клиник» (далее – Клиника, Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату, месяц, год рождения, данные документа, удостоверяющего личность, профессию, контактные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, сведения об оказанных медицинских услугах. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, включая сведения, содержащие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения.

Цель обработки персональных данных: исполнение обязательств, предусмотренных договорами оказания услуг.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение.

Даю согласие на передачу (предоставление) оператором моих данных в единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных законом.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года и действует в течение неопределенного срока, до предоставления мной письменного заявления об отзыве настоящего согласия. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации Клиники; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка)