**Согласие на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

, именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных» разрешает ООО 'Медицинский центр 'Здравница', на обработку персональных данных, приведенных в пункте 2 настоящего согласия, на следующих условиях:
1. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, при этом описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в следующих целях:
    - в целях исполнения заключенного договора/контракта на оказание медицинских услуг;
    - для обеспечения личной безопасности, защиты жизни и здоровья работника; сохранения медицинской тайны.
2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку (нужное подчеркнуть):
    - дате рождения;
    - биографические сведения (фамилии, имени,отчестве);
    - сведения о занимаемой должности;
    - сведения о месте работы, службе (город, название организации, должность);
    - сведения о месте регистрации, проживании;
    - контактная информация (телефон личный или служебный)
3. В соответствии с пунктом 4 статьи 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных.
4. Срок действия данного согласия устанавливается на период действия заключенного договора\контракта
5. Оператор вправе осуществлять следующие действия с указанными выше персональными данными (нужное подчеркнуть): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование.
6. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Данные об операторе персональных данных
Наименование организации: ООО 'Медицинский центр 'Здравница'
Адрес оператора: г.Прокопьевск ул.Сафоновская. д.28, 653024

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(улица, дом, квартира)

Паспортные данные:                                                                     (серия, номер)

Телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сотовый)

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поставлен (поставлена) в известность, что при оказании мне медицинских услуг в ООО 'Медицинский центр 'Здравница'
— Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;
— **Добровольно даю свое согласие** на проведение мне (представляемому), в соответствии с необходимыми видами и объемами медицинских исследований при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров и диспансеризации:
осмотрами врачами –специалистами; забора крови внутривенного, диагностических исследований, диагностических обследований
Необходимость других (дополнительных) методов обследования при их необходимости будет мне разъяснена дополнительно;
— Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
— Я поставил (поставила) в известность средний медицинский персонал ,врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Дата прохождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_