{{ Клиент.ФИО }} Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Документ (Паспорт){{ Клиент.Серия }}{{ Клиент.Номер }}{{ Клиент.Кем выдан }}

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие ООО «Академия Здоровья» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Российская Федерация, 454048г. Челябинск ул.Сулимова, д.94-вна обработку персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место и дата регистрации, номер телефона, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид, сроки, условия, результат оказанной медицинской помощи, сведения об оказанных медицинских услугах: примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике оказавшем медицинскую услугу, биометрические данные, в том числе вес, рост, голос.

Я выражаю согласие на то, что:

* на территории оператора осуществляется аудиозапись и видеонаблюдение, а также хранение аудиозаписей и видеозаписей с целью обеспечения безопасности и контроля качества медицинской помощи;
* передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения оператора. В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры).

Настоящее согласие действует:

* до достижения целей, установленных до начала обработки данных, если срок хранения не установлен законом. Если срок хранения установлен законом – по истечении срока хранения.
* до утраты правовых оснований обработки персональных данных.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления письменного заявления, которое будет вручено представителю оператора или направлено в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, за исключением случаев, указанных пп. 2-11 части 1 ст.6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что все данные, предоставленные мной, являются полными и достоверными.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_20\_\_\_ г. {{ Клиент.ФИО }} (Подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_