**Согласие на обработку персональных данных**

**ООО «Кволити Мед»**

Я, нижеподписавшийся (-аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)***,*** проживающий (-ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт №\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата, наименование выдавшего органа)

действую от имени и в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (г.р.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», *подтверждаю свое согласие:*

1. на обработку моих персональных данных, *а также передачу их в мой личный кабинет на сайт MEDKARTA.ONLINE*, включающих: фамилия, имя, отчество; год, месяц, дата рождения; адрес; состояние здоровья; данные документов: паспорта РФ, военного билета, свидетельства о рождении, пенсионного удостоверения, водительского удостоверения; номер контактного телефона, адрес электронной почты, *талоны предварительной записи на приём к врачу,* данные о заболеваниях *и медицинских рекомендациях*, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну ООО «Кволити Мед» (далее - Оператор).
2. на использование персональных данных в целях информирования с помощью средств связи, в том числе путем направления SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).
3. на использование адреса электронной почты для передачи организацией, осуществляющей обработку фискальных данных/органу государственной власти мне (представляемому) кассового чека или бланка строгой отчетности в электронной форме, а также рассылки оператором сведений информационного характера о работе учреждения, оказываемых им услугах и пр.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором 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, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети юридического лица, с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В целях безопасности медицинской деятельности в помещении медицинской организации и организации мероприятий по контролю качества медицинской деятельности осуществлять видеосъемку, которая обрабатывается в соответствии с Политикой в области обработки персональных данных.

Настоящее согласие дано на весь срок действия настоящего договора и на установленный действующим законодательством срок хранения медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Электронная почта e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. ФИО гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_