**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ пациентов**

Я,

(ФИО субъекта персональных данных)

зарегистрирован/а:

г.

(адрес регистрации по документу, удостоверяющему личность)

Паспорт №

Выдан

Дата выдачи: 00.00.0000.

(серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, в своей воле и в своем интересе даю согласие Индивидуальному предпринимателю Петровской Анастасии Юрьевне, осуществляющего медицинскую деятельность по адресу: Москва, ул. Вилиса Лациса, дом 5, корпус 1, на обработку со следующими условиями:

1. Данное Согласие дается на обработку персональных данных, как без использования средств автоматизации, так и с их использованием.
2. Согласие дается на обработку следующих моих персональных данных:
   1. Персональные данные, не являющиеся специальными или биометрическими: фамилия, имя, отчество; дата рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; номера контактных телефонов; адреса электронной почты; сведения о семейном положении; адрес места жительства (по паспорту или иному документу, удостоверяющему личность); фактический адрес места жительства; сведения о проходимых медицинских вмешательствах; сведения о принимаемых медицинских препаратах; сведения о проходимых медицинских процедурах.
   2. Специальные персональные данные: сведения о состоянии здоровья.
   3. Биометрические персональные данные: видеоизображение, полученное с помощью камер видеонаблюдения.
3. Цель обработки персональных данных: оказание платных медицинских услуг и осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
4. В ходе обработки с персональными данными будут совершены следующие действия: сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); блокирование; удаление; уничтожение.
5. Персональные данные обрабатываются до прекращения договорных отношений. Хранение персональных данных, зафиксированных на бумажных носителях, осуществляется согласно Федеральному закону №125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» и иным нормативно правовым актам в области архивного дела и архивного хранения.
6. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных или его представителем путем направления письменного заявления Индивидуальному предпринимателю Петровской Анастасии Юрьевне или его представителю по адресу, указанному в начале данного Согласия.
7. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем согласия на обработку персональных данных Индивидуальный предприниматель Петровская Анастасия Юрьевна вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.
8. Настоящее согласие действует все время до момента прекращения обработки персональных данных, указанных в п.6 и п.7 данного Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | фамилия, инициалы |  | подпись |

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

(ФИО пациента)

не возражаю против осуществления видеонаблюдения посредством использования видеокамер, установленных в зоне ресепшен, с целью осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предупреждения возникновения опасных и/или чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случае их возникновения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фамилия, инициалы | / | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |