



СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, ниже подписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____

Номер телефона +_ (____) _____

В соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку ООО «**ДИАГОНАЛЬ ПЛЮС**», расположенному по адресу: Республика Крым, г.Симферполь, Проспект Победы 48а, (далее – Оператор), **моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность).**

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: в информационных системах персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Прошу Вас осуществить отправку информации о результатах лабораторных исследований, сданных (проведенных) мною(мне) в ООО «Диагональ - плюс» по электронной почте:

(адрес электронной почты ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Подписывая данное согласие, я проинформирован (а) о том, что электронная почта является незащищенным открытым каналом связи и передаваемая информация может стать доступна третьим лицам.

За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а также за доступ к моим персональным данным, информацией, составляющим врачебную тайну, и их утечку через электронную почту, медицинский центр «Диагональ – плюс» ответственности не несет.

Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Я проинформирован (а), что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2021 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся сведения составляющие врачебную тайну.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____

_____ расшифровка подписи