

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. _____ (далее по тексту - «ПАЦИЕНТ»), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает своё согласие на обработку его персональных данных (далее по тексту – Согласие) ООО «Лаванда» (адрес местонахождения: 630025, г.Новосибирска, ул. Аксёнова, д. 46) (далее по тексту - «ИСПОЛНИТЕЛЬ»), **включающих** фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; номер и серия документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации и места жительства, номер контактного телефона, адрес электронной почты, сведения о гражданстве, сведения о близких родственниках, СНИЛС, ИНН, фотографическое изображение, аудиозаписи телефонных разговоров, сведения о предоставленных услугах, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, факте обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
2. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обрабатывает персональные данные «ПАЦИЕНТА» **в целях** соблюдения норм законодательства РФ, а также с такими целями как: заключение и исполнение договоров о предоставлении медицинских услуг; информирование о новых услугах; подготовка индивидуальных предложений; ведение рекламной деятельности; соблюдение норм по охране труда, личной безопасности и сохранности имущества; контролирование количества и качества выполняемой работы.
3. В процессе предоставления «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» «ПАЦИЕНТУ» медицинских услуг «ПАЦИЕНТ» предоставляет право сотрудникам «ИСПОЛНИТЕЛЯ» передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «ИСПОЛНИТЕЛЯ», в интересах обследования и лечения «ПАЦИЕНТА».
4. «ПАЦИЕНТ» предоставляет «ИСПОЛНИТЕЛЮ» право осуществлять все **действия** (операции) с персональными данными «ПАЦИЕНТА», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе обрабатывать персональные данные «ПАЦИЕНТА» смешанным способом (с использованием средств автоматизации и без такового) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов).
5. «ПАЦИЕНТ» даёт согласие на отправку ему медицинских документов (копий, выписок), отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также результаты лабораторных анализов, эпикризы, справки и т.д.) по открытым и незащищённым каналам связи (электронной почте). О возможных последствиях потери конфиденциальности данных документов «ПАЦИЕНТ» _____
6. «ПАЦИЕНТ» даёт своё согласие на отправку ему «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» напоминаний о следующем визите, сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации и разрешает «ИСПОЛНИТЕЛЮ» использовать средства связи, в том числе , СМС,, Telegram.
7. «ПАЦИЕНТ» согласен с тем, что в помещении «ИСПОЛНИТЕЛЯ» проводятся открытая видеосъёмка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при предоставлении медицинских услуг. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» гарантирует «ПАЦИЕНТУ», что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ», не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории «ИСПОЛНИТЕЛЯ» на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.
8. Срок хранения персональных данных «ПАЦИЕНТА» составляет пять лет после утраты необходимости в достижении целей их обработки, указанных в п. 2. настоящего Согласия.
9. В целях, указанных в п. 2. настоящего Согласия, «ПАЦИЕНТ» по поручению «ИСПОЛНИТЕЛЯ» соглашается на передачу персональных данных в организации, с которыми у «ИСПОЛНИТЕЛЯ» заключён Договор взаимного сотрудничества, а именно: ООО «АРХИМЕД ПЛЮС»(ИНН 5834113184). ООО «МЕДРОКЕТ»(ИНН 2311144947), ООО «КОНТУР НТТ»(ИНН 6658497833), ООО " СИТИЛАБ-СИБИРЬ"(ИНН 5409238523), ООО" КДЛ ДОМОДЕВО-ТЕСТ" (ИНН 5009046778), ООО" ИНФОРМАЦИОННЫЕ МОБИЛЬНЫЕ СЕРВИСЫ"(ИНН 7840343366) «ПАЦИЕНТ» признает и подтверждает, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных п. 2. настоящего Согласия целей, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе в необходимом объёме передавать персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие персональные данные «ПАЦИЕНТА». В прочих случаях передача

персональных данных «ПАЦИЕНТА» иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия «ПАЦИЕНТА», за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

10. Настоящее согласие дано «ПАЦИЕНТОМ» и действует бессрочно.

11. «ПАЦИЕНТ» оставляет за собой право **отозвать** своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено «ПАЦИЕНТОМ» в адрес «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю «ИСПОЛНИТЕЛЯ».

12. В случае получения письменного заявления «ПАЦИЕНТА» об отзыве согласия на обработку персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате предоставленных «ПАЦИЕНТУ» до этого медицинских услуг.

РЕКВИЗИТЫ «ПАЦИЕНТА»

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/

Адрес регистрации:

Подпись «Пациент»:

_____ (_____)
(Подпись) (Фамилия, инициалы)

« _____ » _____ 20 ____ г.