**Согласие на передачу персональных данных**

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

 (Ф.И.О. полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, дата и название выдавшего органа)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактически проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

**Я, представитель пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Представляющий интересы Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пол (М/Ж) \_\_\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Фактически проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе выражаю Обществу с ограниченной ответственностью «Доктор Арбитайло» ИНН 7202201665, зарегистрированному по адресу: Тюменская обл., г. Тюмень, ул. Республики, д. 40, корп. 1, в целях получения медицинских услуг, а также в аналитических и статистических целях согласие на обработку с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, предполагающую передачу (предоставление, доступ) третьим лицам\* моих персональных данных, содержащих: сведения, составляющие врачебную тайну, включающих фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность, место работы, сведения о занимаемой должности, телефонный абонентский номер (мобильный), адрес электронной почты, данные полиса ОМС/ДМС, СНИЛС, ИНН, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично представителю Оператора.

В случае моего отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись и действует бессрочно.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Пациента/Представителя Пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *\*Передача персональных данных разрешается следующим третьим лицам:- ООО «Лаборатория Гемотест», 123112, г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Пресненский, наб. Пресненская, д. 12, эт. 45, ком./пом. 82/3, ИНН 7709383571;**- ООО «ИНВИТРО-Урал», 454091, г. Челябинск, ул. Российская, д.275, 3 эт, ИНН 7451097559;**- ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ», 142001 Московская область, Домодедовский р-н, г. Домодедово, мкр. Северный, Каширское шоссе 7, офис 515, ИНН 5009046778;**- ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город», 625041 г. Тюмень, ул.Барнаульская,32, ИНН 7204006910;**- ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», 625023, г. Тюмень, ул. Котовского, 55, ИНН 7203000249;**- ООО Частная поликлинника «Лаборатория гистологии и цитологии», 628401, ХМАО-Югра, г. Сургут, ул. Мелик-Карамова, д. 92, ИНН 8602259140;**- Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Многопрофильный консультативно-диагностический центр», 625026,г.Тюмень,ул.Мельникайте,дом117, ИНН 7203116229;**- ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), 625002, г. Тюмень, ул. Даудельная, д.1**, ИНН 7202070194;**- ООО «Центр-Мед», 625046 г. Тюмень ул. Суходольская 23, помещение 1, ИНН 7203442342,* *- ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер», 625003, г. Тюмень, ул. Республики, д 3, ИНН 7202029100;**- Филиал «КДЛ Тюмень» ООО «Медицинский центр «Диапазон», 625002, г. Тюмень, ул. Немцова, д. 22, ИНН 5906053240;**- ООО «НПФ «ХЕЛИКС», 194044, г. Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 20, лит. А, ИНН 7802122535;**- ООО «Медикал Геномикс», 170100, г. Тверь, ул. Желябова, д. 48, пом.4, ИНН 6952037742;**- ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области», 625027, г. Тюмень, ул. Холодильная, д. 57, ИНН 7203158959;**- ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России обособленное подразделение (филиал), Тюменская больница ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, 644033, г. Омск, ул. Красный Путь, дом 127, ИНН 5502018378;**- ООО «БАЗИС ГЕНОМИК», 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, д. 2, помещ. 113, ИНН 5406624320.* |