**Согласие на обработку персональных данных**

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

*(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента)*

идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес фактического места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона (домашнего и/или мобильного): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты (e-mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю согласие на внесение и обработку моих персональных данных, в том числе, информации, составляющей врачебную тайну, при формировании медицинской карты пациента, в том числе электронной медицинской карты, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных.

Я даю Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Каскад» свое согласие на осуществление следующих действий с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_.\_\_\_.20\_\_ |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | *(инициалы и фамилия)* |

Я уведомлен(а) и согласен(на) с тем, что обработка моих персональных данных при необходимости может осуществляться третьими лицами, с которыми у Общества с ограниченной ответственностью «Клиника Каскад» заключены договоры оказания услуг (на лабораторно-клинические исследования и т.д.), в случае, если это необходимо для надлежащего оказания услуг такими третьими лицами.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_.\_\_\_.20\_\_ |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | *(инициалы и фамилия)* |

Мне разъяснены права, связанные с обработкой моих персональных данных, механизм реализации таких прав, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия.

Я ознакомлен(а) с тем, что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания в течение 3 лет;

согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

**Я также даю свое согласие:**

 на рекламную рассылку по электронной почте;  
  на СМС рассылку с напоминанием о приеме;  
  на уведомление/звонки с предложениями по рекомендованным приемам;  
  на отправку результатов исследований, КЗ и т.п. по электронной почте;  
  на СМС рассылку с оценкой качества.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_.\_\_\_.20\_\_ |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | *(инициалы и фамилия)* |