|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, г.р. (далее Пациент) даю согласие ИП Овчинникову Р.В. (далее – Исполнитель), который находится по адресу: 610000 г.Киров, ул.Молодой Гвардии 46 а, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку моих персональных данных (в том числе специальных категорий персональных данных), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с содержанием которого я был ранее ознакомлен(а). Обработка персональных данных осуществляется для заключения договора между мной и Исполнителем в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. Персональные данные включают фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, национальность, расовую принадлежность, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты паспорта, полиса ОМС(ДМС), СНИЛС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, аудио- и видеоинформацию и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения при условии сохранения третьими лицами врачебной тайны и персональных данных. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом. | | |  |
|  | Дата, подпись | | |
|  | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | | | |
|  | |  | |