|  |
| --- |
| **СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных** |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ФИО**  законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ФИО и дата рождения ребёнка**  даю согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «Научно-методический центр клинической лабораторной диагностики Ситилаб» (адрес места нахождения: г. Москва, Хорошевское шоссе, д. 43 Г, стр. 1, комн. 1 (далее – «Оператор»)), а также Обществу с Ограниченной Ответственностью «Санаторий Рассвет» (адрес места нахождения: Россия, 633009, Новосибирская область, г. Бердск, ул. Зеленая Роща 9/1) моих (Потребителя) персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения); место жительства; место и дата регистрации; данные полиса ОМС; СНИЛС; семейное положение; образование; занятость; контактные телефоны, адрес электронной почты; сведения об интимной жизни; сведения о расовой принадлежности; сведения об анамнезе и установленных диагнозах; сведения о факте обращения за медицинской помощью; сведения о видах, объеме, условиях оказания, примененных стандартах и результатах предоставления медицинской помощи (медицинских услуг). Обработка моих (Потребителя) персональных данных осуществляется:  - с целью: предоставления медицинской помощи Потребителю, исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг, в том числе оказания Потребителю медицинских услуг и проведения Оператором рекламных и маркетинговых мероприятий в отношении Потребителя;  - путем совершения следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;  - следующими способами: с использованием средств автоматизации или без использования средств автоматизации;  - в течение следующего срока (срок, в течение которого действует настоящее Согласие): до достижения целей обработки, в частности, до прекращения Договора об оказании платных медицинских услуг, или до момента утраты необходимости в их достижении. Медицинская документация хранится в течение сроков, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.  Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной (Потребителем) посредством составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае отзыва Субъектом настоящего Согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта персональных данных только в случаях, предусмотренных федеральными законами. |
| *В случае если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Потребителя действует Заказчик - Законный представитель.* |
|  |
| Субъект персональных данных (Заказчик): ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) (расшифровка подписи) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи** | | |
| Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  являясь Потребителем (Заказчиком), даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (***ненужное зачеркнуть***) в **ООО «Научно-методический центр клинической лабораторной диагностики Ситилаб».**  **Медицинским работником общества с ограниченной ответственностью «Санаторий Рассвет»** в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь ***(ненужное зачеркнуть)***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(указать Ф.И.О. ребёнка).***  *В случае если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Потребителя действует Заказчик - Законный представитель.* | | |
|  | | |
| Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (расшифровка подписи) | Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (расшифровка подписи) | |
| Я, ознакомлен (а) с «Правилами подготовки пациента к лабораторным исследованиям» и обязуюсь их соблюдать (обеспечить их соблюдение). | | |
| Я, уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. | | |
| Я, уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне (потребителю) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья потребителя). | | |
| **Я, подтверждаю, что фамилия, имя, отчество, место жительства, паспортные данные (свидетельство о рождении), номер телефона, указанные мной в необходимых документах, достоверны, принадлежат Потребителю (Заказчику) и не содержат ошибок.** | | |
| Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (расшифровка подписи) |