

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

паспорт: \_\_\_\_\_  
в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК" (690001, г. Владивосток, ул. Дальзаводская, д.2, офис 10, ИНН 2536130291), (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, паспортные данные, адрес проживания, адрес фактического проживания, контактный телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Даю согласие на передачу персональных данных третьим лицам и получение таких данных от третьих лиц в случаях, установленных действующим законодательством и настоящим соглашением, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Я предоставляю право Оператору осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о готовности результатов медицинских анализов и обследований. При получении результатов исследований по электронной почте в рамках исполнения обязательств Договора, по открытым каналам связи, без применения средств защиты, я уведомлен о возможности нарушения конфиденциальности и целостности информации при её передаче

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (Ф.И.О): \_\_\_\_\_

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.**

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 под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Я согласен на получение рассылки рекламно-информационного характера об акциях, скидках, новых услугах и разрешаю Оператору осуществлять рассылку на мой адрес e-mail, а так же иные виды рассылок и уведомлений, с использованием любых средств связи**

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_  
Подпись