**Приложение 2**

**к Договору на оказание платных медицинских услуг**

 **№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**Согласие**

**на обработку персональных данных пациента**

г. Пятигорск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

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

 (*Ф.И.О. субъекта персональных данных),*

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кем и когда выдан)*

*являющийся законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Ф. И. О. пациента при подписании согласия законным представителем)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кем и когда выдан).*

В соответствии со ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных»даю согласие на обработку персональных данных*моих* ***/****лица, законным представителем которого я являюсь, (ненужное зачеркнуть)*Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Ставропольского края «Городская клиническая больница» города Пятигорска (ГБУЗ СК «ГКБ» г. Пятигорска) (далее – Оператор), находящемуся по адрес: 357500, г. Пятигорск, ул. Пирогова, д. 22, в целях оказания мне/ *лицу, законным представителем которого я являюсь, (ненужное зачеркнуть)* медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставление сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

 Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, другая информация, содержащаяся в относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

 В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

 Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный в законодательстве. Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления. В случае получения Оператором моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

 *Подпись пациента Ф.И.О.*