**Согласие на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серии: \_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.,

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных Индивидуальному Предпринимателю Шинкареву Сергею Алексеевичу, юридический адрес: Кемеровская область, г. Кемерово, пр. Притомский 31/1, 61 (далее – Оператор) моих персональных данных и персональных данных моего подопечного (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , которому я явлюсь законным представителем. Цель обработки персональных данных: получение услуг, предоставляемых Оператором, оформление проживания в комплексе «Энергетик», ведение медицинской документации, оказание медицинских и медико-социальных услуг, проведение медико-профилактических мероприятий, оформление договорных отношений, осуществление работы с обращениями граждан, обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов Перечень моих персональных данных и персональных данных моего подопечного, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата, месяц, год рождения, пол, адрес места жительства, контактный номер телефона, место работы (учебы), должность (профессия), социальное положение, паспортные данные, сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья,(в том числе группа здоровья, группа инвалидности), сведения о заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах, результаты медицинских исследований, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации. Срок в течение которого действует согласие: Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем подачи в Индивидуальному Предпринимателю Шинкареву Сергею Алексеевичу письменного заявления об отзыве согласия. 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.

Подпись субъекта персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)