Директору ООО «КСМ»
ИНН 3702613035 ОГРН1103702006891
Адрес: г. Иваново, ул. Куконковых, д. 142
Глику М. В.

от

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Адрес регистрации (указывается с почтовым индексом):

паспорт: серия №

выдан:

(кем, когда)

(адрес электронной почты)

(контактный номер телефона)

Согласие на обработку персональных данных,
разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Настоящим я,

(фамилия, имя, отчество полностью)

руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение Обществом с ограниченной ответственностью "Клиника современной медицины" (далее - ООО "Клиника современной медицины"), моих персональных данных:

Таблица 1

Категория персональных данных	**Перечень персональных данных**	**Статус** 1.«распространяется обязательно» * 2.«не распространяется»** 3.«распространяется по выбору субъекта» ***	Разрешение к распространению (**да/нет**)	«Передача персональных данных оператором неограниченному кругу лиц» (**запрещено /не запрещено**) ****	«Обработка персональных данных неограниченным кругом лиц» (**запрещено /не запрещено /не запрещено, с условиям)**	«Запрещаемые действия по обработке ПД» ****
1	2	3	4	5	6	7
общие персональные данные	фамилия	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	имя	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	отчество	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	год рождения	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	месяц рождения	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	дата рождения	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	место рождения	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	адрес по прописке (фактического проживания)	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	профессия	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи документа, орган власти, выдавший документ)	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	номер контактного телефона	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	адрес электронной почты			**запрещено / не запрещено**		
	Сведения о составе семьи и близких родственниках	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Пол	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Гражданство	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Сведения, содержащиеся в полисах обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Сведения о трудовой деятельности	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	Сведения, подтверждающие специальные права/обязанности (о регистрации по месту жительства или пребывания)	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		

	Сведения о состоянии здоровья, поставленных диагнозах, наличии или отсутствии заболеваний, оформляемой в процессе сбора анамнеза, проведенном или планируемом к проведению медицинском вмешательстве	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
специальные категории персональных данных	состояние здоровья	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	национальная принадлежность	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		
	биометрические персональные данные: фото изображения	распространяется обязательно		**запрещено /не запрещено**		

** Категории ПД, для которых выбрано значение «распространяется обязательно», отображается субъекту ПД на форме подачи согласия без возможности отказа от их распространения*

*** Категории ПД, для которых выбрано значение «не распространяется», не отображаются на форме *** Категория ПД, для которых выбрано значение «распространяется по выбору субъекта», отображаются на форме согласия таким образом, чтобы у субъекта был выбор разрешить или запретить их распространения (4 столбец в таблице 1)*

***** - Столбца 5, 6, 7 заполняются по желанию субъектов персональных данных. В случае выбора в столбце 6 значения «не запрещено, с условиями» необходимо заполнить столбец 7 - «Запрещаемые действия по обработке ПД» с выбором значений: сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (распространение, предоставление); обезличивание; блокирование).*

Распространение будет осуществляться **в целях:**

- Осуществление основных функций и основной деятельности ООО "Клиника современной медицины", предоставление медицинских услуг, а также их учет в информационных системах в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными актами Правительства Ивановской области;
- Исполнение договора на оказание медицинских услуг, стороной которого является пациент;
- Медико-профилактические цели (установление медицинского диагноза, оказание медицинских услуг, контроль качества оказания медицинской помощи, обеспечение оплаты лечения пациентом посредством страховых компаний и др.).

Сведения об информационных ресурсах ООО "Клиника современной медицины", посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

Таблица 2

Информационный ресурс	**Действия с персональными данными**
Медиалог и прочие ИС, содержащие результаты медицинских обследований	Сбор, хранение, архивирование, обезличивание, передача посредством защищенного канала связи и т.п.
1С «Управление бухгалтерией»	Сбор, систематизация, уточнение, хранение, архивирование

Таблица 3 *

«Условия передачи персональных данных оператором по сети»

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных ***(заполняется по желанию субъекта персональных данных)***

№	**Условия передачи**	**Поле выбора**
1	не указано	
2	только по внутренней сети (полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников)	
3	с использованием информационно-телекоммуникационных сетей (полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, с использованием информационно-телекоммуникационных сетей)	
4	без передачи по сети (полученные персональные данные не могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных)	

** Указанная таблица заполняется субъектом персональных данных самостоятельно и по желанию*

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения требования ООО "Клиника современной медицины" обязано немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

15.07.2022

дата подпись расшифровка подписи

Директору ООО «КСМ»
ИНН 3702613035 ОГРН1103702006891
Адрес: г. Иваново, ул. Куконковых, д. 142
Глику М. В.

от

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Адрес регистрации (указывается с почтовым индексом):

паспорт: серия №

выдан:

(кем, когда)

(адрес электронной почты)

(контактный номер телефона)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Настоящим, я

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ "О персональных данных", в целях:

- Осуществление основных функций и основной деятельности ООО "Клиника современной медицины", предоставление медицинских услуг, а также их учет в информационных системах в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными актами Правительства Ивановской области;
- Исполнение договора на оказание медицинских услуг, стороной которого является пациент;
- Медико-профилактические цели (установление медицинского диагноза, оказание медицинских услуг, контроль качества оказания медицинской помощи, обеспечение оплаты лечения пациентом посредством страховых компаний и др.).

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

Категория персональных данных 1	**Перечень персональных данных** 2
общие персональные данные	фамилия
	имя
	отчество
	год рождения
	месяц рождения
	дата рождения
	место рождения
	адрес по прописке (фактического проживания)
	семейное положение
	социальное положение
	образование
	профессия
	Данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи документа, орган власти, выдавший документ)
	номер контактного телефона
	адрес электронной почты
	Сведения о трудовом стаже
	Сведения о составе семьи и близких родственниках
	Пол
	Гражданство
	Сведения, содержащиеся в свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе
	Сведения, содержащиеся в полисах обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования
	Сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования
	Сведения о трудовой деятельности
	Сведения, подтверждающие специальные права/обязанности (о воинской обязанности, о регистрации по месту жительства или пребывания, о наличии права на управление транспортным средством)
	Сведения о состоянии здоровья, поставленных диагнозах, наличии или отсутствии заболеваний, оформляемой в процессе сбора анамнеза, проведенном или планируемом к проведению медицинском вмешательстве
специальные категории персональных данных	состояние здоровья
	национальная принадлежность

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

15.07.2022

дата подпись расшифровка подписи