

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

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-го возраста)

Паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, смешанную обработку моих персональных данных, в том числе специальных и биометрических данных, а также указанных данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент), даю согласие ООО «ФИРМА ЛЮКС» (находящемуся по адресу: 143009, Московская область, г. Одинцово, ул. Маршала Жукова, д. 9, ИНН 5032269243) (далее–Оператор) на обработку моих данных и данных Пациента:

\_\_\_\_\_. « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

в медико-профилактических целях, оптимизации порядка предоставления медицинских услуг, информирования о медицинских услугах, которые могут быть оказаны, исполнения Договора на предоставление медицинских услуг, обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей и Пациента безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе путем проведения опроса, а именно: персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), , страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), адреса электронной почты, сведений, составляющих врачебную тайну (сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении), сведения, которые характеризуют мои/Пациента физиологические и биологические особенности, на основе которых можно установить личность субъекта (биометрические ПД); сведения, которые характеризуют меня/Пациента как субъекта гражданских правоотношений (реквизиты документа, удостоверяющего личность), иные сведения, сообщенные при подписании Договора.

**Настоящим даю своё согласие Оператору:**

1) осуществлять все действия (операции) с моими/Пациента персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение, обновление, изменение, хранение, обработку, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

2) на использование указанных в Договоре (согласии) персональных данных в целях:

- предоставления мне сведений уведомительного, информационного или маркетингового характера, об услугах и программах медицинского обслуживания. В том числе о новых услугах, проводимых акциях, мероприятиях, осуществление телефонной связи со мной, направление sms-сообщений, рассылка писем в мой электронный адрес (E-mail) (согласие выражается внесением адреса электронной почты в согласие). Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

- проведения опроса, в том числе, но, не ограничиваясь, об удовлетворенности качеством и уровнем организации и оказания медицинских услуг Оператора, таргетирования рекламных сообщений (таргетированная реклама – реклама, направленная на пользователя и построенная на основе анализа его предпочтений);

- онлайн записи к Оператору через сайты третьих лиц, а также записи к Оператору с привлечением третьих лиц, оказывающих услуги по записи у Оператора, сайт самого Оператора, мобильное приложение Оператора, а также запись к Оператору по телефону Оператора или с помощью мессенджеров (при наличии технической возможности Оператора);

- предоставления иных сервисов Оператора.

3) на обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, информационную систему, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС – в случае его заключения в отношении меня/Пациента), передачу (предоставление) персональных данных/сведений, составляющих врачебную тайну Заказчикам по договорам ДМС.

4) на запись разговоров (в том числе телефонных) со мной, производимую в целях повышения качества обслуживания без дополнительного уведомления.

5) на предоставление (доступ) указанных в настоящем Договоре (согласии) персональных данных третьим лицам (поручать обработку третьим лицам), привлеченным к исполнению Договора, целей настоящего Соглашения, при условии соблюдения режима конфиденциальности персональных данных, требований законодательства РФ. Третьи лица, привлечённые оператором, осуществляют обработку персональных данных, предоставляемых оператором в объёме, установленном настоящим согласием. Перечень указанных третьих лиц указан на сайте: <https://luxestom.ru/about/legal/>

Мне известно, что обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения услуг Оператора, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

Мне известно, что срок хранения моих и Пациента персональных данных соответствует сроку хранения первичных

медицинских документов и составляет двадцать пять лет с момента последнего обращения. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа (заявления (отзыва)), который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, при этом, я осознаю, что в соответствии с ч. 2 ст. 9 152-ФЗ в случае отзыва согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных. В частности, обработка персональных данных будет осуществляться в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, не влечет уничтожения медицинской документации, договора и приложений к нему, что ответ на заявление (отзыв) не предусмотрен.

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен(а) с политикой защиты и обработки персональных данных Оператора, размещенной на сайте <https://luxestom.ru/about/legal/>.

Контактный телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата предоставления согласия « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г