|  |  |
| --- | --- |
|  | **Приложение**к договору на оказание платных медицинских услуг№ от «чч» мммммм 2023г. |
|  | **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** |
|  | ДАТА ПОДПИСАНИЯ СОГЛАСИЯ: ЧЧ.ММ.2023 |

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

|  |  |
| --- | --- |
| Я, | **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО** |
| Документ, удостоверяющий личность: | Паспорт гражданина Российской Федерации |  |
| Иной документ: |  |
| Адрес места жительства: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | именуемый(-ая) в дальнейшем «субъект персональных данных»/«субъект» и действующий(-ая) от своего имени: |
|  | именуемый(-ая) в дальнейшем «представитель субъекта персональных данных (субъекта)» и действующий(-ая) от имени: |

|  |
| --- |
| **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО** |
| Документ, удостоверяющий личность: | Паспорт гражданина Российской Федерации |  |
| Иной документ: |  |
| Адрес места жительства: |  |

**ДАЮ СОГЛАСИЕ** на обработку моих персональных данных, а также персональных данных субъекта (далее также – персональные данные/ПД) Государственному унитарному предприятию Удмуртской Республики «Аптеки Удмуртии» (далее - оператор), адрес юридического лица: 426008, Удмуртская Республика, город Ижевск, ул. Пушкинская, 216, в целях:

* Оказания (предоставления) услуг (как перечисленных в договоре и/или Плане, так и тех, которые могут быть предоставлены мне/субъекту в будущем), в том числе уточнения сотрудником медицинской организации оператора («Медицинский центр косметологии и пластической хирургии») сведений, необходимых для оказания услуг, предусмотренных договором и/или Планом; поддержания/повышения качества, удобства и/или доступности услуг, в том числе организации электронного документооборота;
* информирования (распространения информации) об услугах/товарах, предлагаемых оператором и/или его партнерами, рекламы поименованных услуг/товаров;
* реализации маркетинговых программ (программ лояльности/поощрения постоянных потребителей) и иных мероприятий оператора, направленных на привлечение, удержание и поощрение потребителей (далее - маркетинговая программа).

Перечень персональных данных (персональных данных субъекта), на обработку которых я даю согласие оператору:

* о состоянии моего здоровья/здоровья субъекта (в том числе сведения о факте обращения за оказанием услуг, медицинских услуг, платных медицинских услуг, медицинской помощью);
* сведения, характеризующие меня/субъекта (Фамилия Имя Отчество, дата (день месяц и год) рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, в том числе, но не ограничиваясь - паспортные данные, адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства, пол, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, информацию о факте обращения за оказанием медицинских услуг (медицинской помощью), состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении (а также иные сведения, составляющие врачебную тайну), а также любые иные данные, прямо или косвенно относящиеся к определенному или определяемому физическому лицу, идентифицирующие субъекта, которые могут быть получены в ходе исполнения договора;
* иные сведения, сообщенные обо мне/о субъекте в договоре и/или Плане и/или дополнительных документах, подписываемых мной/субъектом (в том числе: номер телефона, адрес электронной почты, номер страхового полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);

Дополнительно даю согласие на обработку обезличенных персональных данных (информации, которая не позволяет связать данные с субъектом персональных данных), способами обработки, указанными ниже, в целях проведения анализа, статистических, иных исследований и тд.

Перечень действий с персональными данными (способов обработки персональных данных), на совершение которых я даю согласие оператору:

а) сбор, запись, систематизация, накопление, уточнение (обновление, изменение) ПД, в том числе: внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые оператором (в том числе путем считывания информации с магнитной ленты банковской карты субъекта); внесение данных субъекта в План и/или иные документы, используемые оператором для оказания услуг или реализации маркетинговых программ (для участников маркетинговых программ);

б) хранение ПД (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных);

в) использование ПД в вышеуказанных целях (в том числе в целях уточнения сотрудником оператора сведений, необходимых для оказания услуг (платных медицинских услуг, медицинской помощи) посредством телефонной связи; продвижения товаров, работ и услуг на рынке (если дано согласие на получение рекламных и/или иных информационных материалов в договоре) путём осуществления рассылок (в том числе СМС-рассылок) и/или иными способами с использованием и/или без использования сетей подвижной радиотелефонной связи и/или иных сетей связи и/или исключительно автоматизированной обработки ПД (автоматизированная обработка ПД осуществляется оператором с использованием средств вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации субъекта и/или размере начисляемого бонуса / предоставляемой скидки));

г) предоставление ПД указанным в подпункте «д» третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора (при условии соблюдения режима конфиденциальности), реализации маркетинговой программы (для участников маркетинговой программы), выполнению оператором иных обязательств, принятых на себя в рамках договора и/или проводимых оператором мероприятий, направленных на продвижение (рекламу) товаров, работ и услуг на рынке, поддержание / повышение качества, удобства и/или доступности услуг в целом, проведению маркетинговых исследований, а также операторам связи, лицам, осуществляющим обработку оплаты по договору, совершенной с использованием платёжных банковских карт, операторам платежных систем, при условии, что таковое не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства Российской Федерации, а равно предоставление ПД лицу, осуществляющему оплату медицинских услуг по договору (в случае если оплата медицинских услуг по договору осуществляется юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем);

д) поручение обработки ПД третьим лицам, привлечённым оператором к исполнению договора, как определено в подпункте «г», при условии, что это не нарушает законные права и интересы субъекта и положения законодательства РФ, в том числе (но не ограничиваясь) следующим третьим лицам и операторам связи:

ГУП УР «Фармация» (426039, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Дзержинского, д. 3),

ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4);

ПАО «ВымпелКом» (127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 10, стр. 14),

ПАО «МегаФон» (127006, г. Москва, пер. Оружейный, д. 41),

ООО «Т2 Мобайл» (108811, г. Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовладение 6, стр. 1, эт. 5 комн. 33),

ПАО «Ростелеком» (191167, г. Санкт-Петербург, Внутригородская территория (внутригородское муниципальное образование) города федерального значения муниципальный округ Смольнинское, Наб. Синопская, д. 14, литера А);

ПАО Сбербанк (117312, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19),

е) извлечение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПД.

ж) любое действие или совокупность действий с ПД необходимые для выполнения условий договора, установленные законодательством РФ, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (смешанная обработка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в том числе передачу персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по защищенным каналам связи (на машинных носителях) во внутренней сети оператора и лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена таким лицам, в том числе Врачу, оказывающему медицинские услуги (платные медицинские услуги, медицинскую помощь) по договору.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные/персональные данные субъекта посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством РФ, регламентирующем предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными субъекта со страховыми компаниями, медицинскими организациями.

Разрешаю высылать результаты моих анализов/анализов субъекта и иную документацию, содержащую персональные данные в т.ч. данные, отнесенные к врачебной тайне электронную почту, указанную в договоре (в виде сканированного изображения соответствующего бланка).

Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается оператором.

Срок действия согласия на обработку персональных данных: в течение десяти лет с даты подписания согласия и договора или в течение срока участия в маркетинговых программах (для участников маркетинговых программ). Отозвать согласие на обработку персональных данных в любой момент возможно путем предоставления в медицинской организации оператора запроса на отзыв согласия субъекта на обработку его персональных данных. Запрос должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта в отношениях с оператором (дата заключения договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки ПД оператором, подпись субъекта или его представителя.

Я/субъект уведомлен о том, что:

1. Я/субъект вправе:
* заявить возражения против решения оператора, принятого им на основании исключительно автоматизированной обработки ПД;
* обжаловать действия или бездействия оператора в уполномоченный орган или в судебном порядке;
* защищать свои права и законные интересы, в том числе требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, в суде;
* в любой момент отказаться от получения материалов, распространяемых оператором в соответствии с согласием субъекта, путём направления оператору (по адресу, указанному в договоре) соответствующего обращения;
* в любой момент отказаться от участия в маркетинговой программе (для участников маркетинговой программы, в этом случае прекращается обработка ПД субъекта, связанных с реализацией участия субъекта в маркетинговой программе):

отказ оформляется участником по форме, установленной организатором маркетинговой программы, с которой можно ознакомиться в медицинских организациях организатора маркетинговой программы/оператора или партнёров маркетинговой программы (далее – медицинская организация), и представляется в письменном виде в медицинскую организацию с предъявлением документа, удостоверяющего личность участника;

* участие участника в маркетинговой программе прекращается в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения организатором маркетинговой программы/оператором или партнёром маркетинговой программы письменного отказа от участника;
* следствием прекращения участия участника в маркетинговой программе являются: закрытие и блокировка бонусного счёта участника, аннулирование начисленных участнику бонусов без возможности восстановления, утрата участником права на использование бонусов.
1. Оператор вправе принимать решение на основании исключительно автоматизированной обработки ПД об идентификации субъекта в системе учёта предоставляемых оператором услуг, в том числе в целях реализации мероприятий оператора, направленных на поощрение потребителей услуг оператора (предоставления скидок и т. д.).

Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным. Целью обработки персональных данных является исполнение договора. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации, в том числе в целях документирования информации об оказании медицинских услуг (медицинской помощи), включая внесение сведений в медицинскую документацию.

1. Настоящее согласие дано на срок действия договора и действует в течение 5 лет после окончания действия договора.

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес медицинской организации Исполнителя: 426011, УР, г. Ижевск, ул. К.Маркса, д. 393.

Субъект персональных данных (представитель субъекта персональных данных):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка подписи (инициалы и фамилия) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Приложение**к договору на оказание платных медицинских услуг№ от «чч» мммммм 2023г. |
|  | **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ****НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО** |
|  | ДАТА ПОДПИСАНИЯ СОГЛАСИЯ: ЧЧ.ММ.2023 |

**Приложение № 3**

**к приказу от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Заказчик (или Пациент, если таковой указан в договоре и/или Плане) настоящим дает информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого он является, в структурном подразделении Государственного унитарного предприятия Удмуртской Республики «Аптеки Удмуртии» Медицинский центр косметологии и пластической хирургии (далее – Исполнитель).

Медицинским работником Исполнителя:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ФИО медицинского работника | ДОЛЖНОСТЬ медицинского работника |

в доступной для Заказчика/Пациента форме Заказчику/Пациенту разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик/Пациент подтверждает, что имел возможность задавать медицинскому работнику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика/Пациента, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Заказчику/Пациенту разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Заказчик (Пациент) понимает, что после оказания медицинских услуг (проведения процедуры) требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено.

Сведения о выбранном(ых) Заказчиком/Пациентом лице(ах), которому(ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Заказчика (Пациента), в том числе после смерти:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО | КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН | АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Заказчик: Ф.И.О. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Пациент: Ф.И.О. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии

Представитель Исполнителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность медицинского работника Исполнителя)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |