МЕДИКАЛ ОН ГРУП
МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

гражданин _____ пол (М/Ж): _____ дата рождения: _____
(страна)

место рождения: _____

паспорт: _____ выдан: _____
(серия и номер) (когда и кем)

_____ код подразделения: _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

фактически проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

телефон: _____ Email: _____
(укажите свой номер мобильного телефона) (укажите свой адрес электронной почты)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю Общество с ограниченной ответственностью «Международный Медицинский Центр Медикал Он Груп Подольск» ОГРН (1145074002325; адрес: 142100, Московская область, г.Подольск, ул.Пионерская, д.14) (далее – **«Оператор»**) согласие на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессию, место работы, контактные телефоны, электронный адрес (e-mail), реквизиты полисов ОМС и ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг по договору оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, выдачи листков нетрудоспособности, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные путем внесения их в электронную базу данных Оператора. Оператор вправе обмениваться моими персональными данными со страховой медицинской организацией во исполнение договора ДМС и/или ОМС. Оператор вправе обмениваться персональными данными с медицинскими организациями, оказывающими услуги лабораторной диагностики и иные медицинские услуги, в целях оказания мне соответствующих услуг. Я согласен с тем, что Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных другим лицам, а именно: ООО «Медикал Он Груп Инвестиции» (ОГРН 1127746340842, 121205, г. Москва, вн. тер.г.

Муниципальный округ Можайский, тер Инновационного центра Сколково, б-р Большой, д. 40, ООО «Инвитро» (ОГРН 1037739468381, 121059, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный Округ Дорогомилово, ул Киевская, д. 7, к. 1, помещ. 1), АО «Лабквест» (ОГРН 1167746128692, 121059, г.Москва, наб. Бережковская, д. 20, стр. 13), АО «Медскан» (ОГРН 1207700227118; 119331, г. Москва, пр-кт. Вернадского, д. 29, эт/п/к/оф 12/I/4/106), ООО «ТМК» (ОГРН 1105032004054; 115172, г. Москва, Котельническая наб., д. 25, стр. 1, офис 8), ООО «ТМК МО» (ОГРН 1255000006711; 143002, Московская обл., г. Одинцово, ш. Можайское, д. 55, пом.67), ООО «Апметрик Ритейл» (ОГРН 1197746333828; 117587, г. Москва, ул. Кировоградская, д. 5, кв. 232), ООО «Базис Геномик» (ОГРН 1165476191572; 630007, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, 2, оф. 113), ООО «ТМК СПб» (ОГРН 1157847172108; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Гельсингфорсская, д. 4, корп. 1, литер В, пом. 15Н, офис 96, этаж 2.).

Я даю согласие на получение от Оператора и иных организаций информации, содержащей данные о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, результатах диагностики, иной информации, связанной с исполнением договора возмездного оказания медицинских услуг.

Я даю / Не даю (нужное подчеркнуть) согласие на получение рекламных и информационных сообщений о продуктах, услугах и деятельности Оператора путем распространения информации по сетям электросвязи, в том числе посредством рассылки писем на адрес электронной почты, sms-сообщений и сообщений с использованием мессенджеров (WhatsApp, Telegram и т.п.) на телефонный номер, указанные мною в договоре возмездного оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие действует в течение всего срока действия договора оказания медицинских услуг, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ. Согласие может быть отозвано мною путем подачи Оператору письменного заявления об отказе от предоставления настоящего согласия.

В случае получения Оператором моего письменного заявления об отзыве вышеуказанных согласий, Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных на основаниях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**Субъект персональных данных:** _____ « » 20 года
/ подпись /