

Согласие на обработку персональных данных для информирования пациента об услугах и записи

Я, _____
(Ф. И. О.)

(адрес)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

в лице законного представителя (**при наличии**) _____
(Ф. И. О.)

(адрес)

(номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществу с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ЭКО», располагающемуся по адресу:

414000, Астраханская область, г. Астрахань, ул. Саратовская, д. 15

Целью обработки персональных данных является **информирование об услугах и уведомление о записи на прием.**

- Перечень персональных данных, которые передаются Оператору на обработку, в т.ч. при помощи форм обратной связи на сайте <https://www.ast.centereko.ru>: фамилия, имя, отчество, номер телефона, e-mail.

С целью анализа на соответствие потенциальных доноров биологического материала требованиям действующего законодательства РФ, в частности приказу от 31 Июля 2020 Г. N 803н Министерства Здравоохранения Российской Федерации «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и **первичного анкетирования потенциальных доноров**, собирается следующий перечень персональных данных, в т.ч. при помощи форм обратной связи на сайте <https://www.ast.centereko.ru>:

- фамилия, имя, отчество, номер телефона, электронный адрес, дата рождения, национальность, место жительства, группа крови и резус-фактор, семейное положение, наличие детей, уровень образования, профессия/должность, рост, вес, цвет глаз, цвет волос, результаты обследования на ВИЧ, вирус гепатита В и С, сведения о заболевании сифилисом, гонореей и прочими заболеваниями, передающимися половым путем, о диспансерном учете в кожно-венерологическом или психоневрологическом диспансере, сведения о наличии наследственных и хронических заболеваний в семье, приеме лекарственных средств на постоянной основе, факте заболевания за последние 6 месяцев, сведения о вредных привычках (алкоголь и психотропные средства), фотоизображение взрослое и детское.

Я даю согласие на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

«_____» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)