

**Согласие на обработку персональных данных
и получение информации по каналам связи (электронная почта)**

Я, _____, проживающий(-ая) по адресу _____,
Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____.

Я подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Оператором – ООО "ЦЛД "ТОНУС ПРЕМИУМ".

Я подтверждаю, что своей волей и в своем интересе предоставляю Оператору адрес электронной почты:

Я подтверждаю, что данный адрес электронной почты используется мной, в случае смены адреса электронной почты, блокировки и удаления указанного адреса электронной почты обязуюсь незамедлительно сообщить об этом Оператору в письменном виде.

Я ознакомлен(а) с тем, что обработка моих персональных данных, относящихся к состоянию моего здоровья, необходима в целях оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), 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 услуг, медицинского обследования и лечения, предоставления справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов.

В целях улучшения качества обслуживания, реализации прав пациента на получение информации об исполнителе, оказанных медицинских услугах, предоставления сканированных копий справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ, рассмотрения письменных обращений, настоящим также даю свое согласие на использование предоставляемого мной адреса электронной почты в целях ответа на мои запросы(обращения), направленные с данного адреса электронной почты, в том числе с целью получения мной информации, содержащей мою врачебную тайну.

Я проинформирован(а), что сканированные копии медицинской карты не подлежат направлению по электронной почте.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных

В процессе оказания Оператором медицинских услуг предоставляю право передавать указанный мной электронный адрес (e-mail) другим должностным лицам центров сети медицинских клиник «ТОНУС» (под сетью клиник понимаются медицинские центры, содержащие в своем наименовании слово «ТОНУС» и в составе единоличного исполнительного органа и/или учредителей то же лицо, что и у Оператора) с целью направления информации и сканированных копий документов от них.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг с применением телемедицинских технологий предоставляю право передавать указанный мной электронный адрес (e-mail) Оператору платежной системы, Оператору фискальных данных с целью направления от них информации и чеков в электронном виде за оказанные медицинские услуги с применением телемедицинских технологий.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Дата _____

_____ / _____ /