**Согласие клиента (пациента) на обработку его (её) персональных данных.**

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью Ярославский наркологический центр «ВЕРШИНА»**, юридический адрес: 150030, г.Ярославль, ул.Старая Костромская, д.1, на обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, паспортные данные, семейное положение, профессия, должность, дата рождения, адрес, социальное положение, образование, сведения об инвалидности, контактные телефоны, в том числе специальных категорий персональных данных: сведения о состоянии здоровья, о проведенных обследованиях, лечении, даты начала и окончания наблюдения в целях оказания медицинской помощи пациентам, проведения медицинских осмотров, медицинского освидетельствования, химико-токсикологических исследований.

Настоящим даю согласие на совершение следующих действий с моими персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление), обезличивание, удаление, уничтожение посредством смешанной обработки персональных данных, с передачей по внутренней сети юридического лица. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия или в соответствии с действующим законодательством.

Настоящее согласие дано мной с момента его подписания и действует бессрочно.

Данное согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению или моего законного представителя.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Ф.И.О.