**Информированное добровольное согласие на консультацию специалиста, оказание платных медицинских услуг, косметологическое и хирургическое медицинское вмешательство.**

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

Зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю и подтверждаю свое Информированное Добровольное Согласие на проведение консультации у специалиста, оказание мне платных медицинских услуг и процедур, косметологического и хирургического медицинского вмешательства (комплексного косметологического лечения), включенного в перечень платных медицинских услуг (Приложение №1, Прейскурант) в ООО «Богатырь» ( ИНН 7726040253 .Адрес: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 28) КЭМ «Прага» в соответствии с поставленным мне диагнозом и рекомендациями специалиста. Я подтверждаю ,что все предоставленные мною сведения о себе и своем здоровье являются достоверными и верными . Прошу считать это ИДС действительным и распространяющимся на все оплаченные мною услуги Клиники со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

Я проинформирован (на) о том, что в случае моего отказа от подписания Информированного Добровольного Согласия, Клиника вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих платных медицинских услуг в соответствии с законодательством РФ (ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольное Согласие на сбор, хранение, обработку , удаление и уничтожение личных персональных и биометрических данных.**

 Я, (Ф.И.О пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в соответствии с п. 4 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006. 152-ФЗ « О персональных данных» зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документ удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю и подтверждаю подписью свое добровольное согласие на использование моих данных для поддержания связи со мной любым способом, включая телефонные звонки на указанный номер телефона, отправку СМС-рассылки, WhatsApp,Telegram на указанный номер телефона для оповещения о проводимых акциях, сбор , обработку, хранение , удаление и уничтожение моих персональных и биометрических данных , полученных ООО «Богатырь» ИНН 7726040253 (адрес :г. Москва, ул. Кировоградская, д. 28) при оказании мне платных медицинских услуг согласно действующего в ООО «Богатырь» (КЭМ «Прага)» прейскуранта**.** Я проинформирован(на) и предупрежден(а) администрацией Клиники Эстетической Медицины «Прага» ,что на всей территории Клиники, включая коридоры, кабинеты , медицинские кабинеты, рабочие места сотрудников и медицинского персонала, установлены камеры открытого видеонаблюдения и может вестись открытое видеонаблюдение, звукозапись и видеосъемка с целью: обеспечения прав граждан на получение платных медицинских услуг необходимого объема и надлежащего качества, на основе установленных стандартов её оказания; осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности , сохранности материальных ценностей и дорогостоящего оборудования, находящегося в Клинике; предотвращения и фиксации возможных действий противоправного характера; усиления обеспечения мер по антитеррористической и пожарной безопасности Клиники и Пациентов. Я проинформирован(-на) о том, что администрация Клиники обеспечивает в полном объёме установленный законом порядок сбора и хранения информации, полученной при эксплуатации систем видеонаблюдения, врачебная тайна гарантирована и обеспечена, а передача полученных персональных, биометрических данных, видеоизображений , их распространение, предоставление доступа к ним третьих лиц, без моего (пациента) письменного согласия не предусмотрена и запрещена. Исключения – правосудие, оборона и безопасность государства (ФЗ №152-ФЗ ст.11 ч.1).

Я осознаю и согласен(на) со всей информацией и всеми положениями данного согласия. Вся изложенная в нем информация мне предоставлена в доступной и понятной форме. Я не имею к Клинике никаких возражений и претензий по поводу вышеизложенного.

Я согласен(на) с тем, что данное согласие может храниться в Клинике как в оригинальном виде, так и в электронном виде (отсканированном, распечатанном). При этом любое из них имеет одинаковую юридическую силу. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

Я проинформирован(на) администрацией Клиники , что в случае моего отказа от подписания согласия на сбор ,хранение, обработку, удаление и уничтожение личных персональных (в том числе биометрических ) данных, Клиника не сможет оказать Пациенту соответствующие платные медицинские услуги в соответствии с законодательством РФ.

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_