

**МЕДИКАЛ ОН ГРУП**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

{{ equipment_name }}

Адрес: {{ section_addr }}

ОГРН {{ section_ogrn }} ИНН {{ section_inn }} КПП {{ section_kpp }}

Телефон {{ section_tel }}

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я
фамилия, имя, отчество
проживающий (ая) по адресу:
номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе:

или

Этот раздел бланка заполняется на представляемого лица (пациента: ребенка, недееспособного гражданина) и его законного представителя (родителя, опекуна), который дает согласие от имени пациента	
Я	фамилия, имя, отчество
проживающий (ая) по адресу:	
номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе:	
реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя:	

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя своей волей и в своем интересе или в интересах представляемого, настоящим **даю согласие на обработку** моих персональных данных и персональных данных представляемого {{ equipment_name }} (адрес: {{ section_addr }}) (далее – Оператор), включающих: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, пол, адрес электронной почты, адрес места жительства, адрес регистрации, СНИЛС, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, иные персональные данные (указывается конкретная категория), фото-видео изображение лица; наименование страховой компании; номер полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (ОМС); дата регистрации; сведения о состоянии здоровья; анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность; сведения из документа об образовании и (или) о квалификации (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация); сведения о прохождении аккредитации специалиста (специальность (для лиц, имеющих иное образование и осуществляющих медицинскую или фармацевтическую деятельность - должность), соответствующая занимаемой должности, срок действия аккредитации специалиста) и (или) сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия); документы, подтверждающие полномочия законного представителя, с целью соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения (для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Пациентов, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, контроля качества оказания медицинских услуг, для осуществления информационной коммуникации (в том числе направление уведомлений, запросов и иной информации, связанной с исполнением договора на оказание медицинских услуг)).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); блокирование; удаление; уничтожение.

Разрешаю Оператору передавать персональные данные, приведенные в настоящем согласии, третьим лицам¹ для осуществления действий по обмену информацией в установленных федеральным законом случаях, в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации (юр. адрес 127994, г. Москва, Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4) в соответствии с пп. 4 и пп. 5.1 п. 3 ст. 91.1. Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с целью обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения, также в: {{ section_pereda4a }}

Я предоставляю согласие на то, что упомянутые выше персональные данные в указанных выше целях могут быть переданы и обрабатываться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе в рамках поручения вышеупомянутым организациям. Мне разъяснено, что перечень организаций, которым передаются персональные данные, в том числе в рамках поручения может изменяться и я не возражаю против изменений (актуальные изменения размещены

¹ С актуальным перечнем организаций можно ознакомиться на официальном Сайте Оператора или в зоне ресепшн по юридическому адресу Оператора

в зоне ресепшн по адресу Оператора/на сайте Оператор).

Я даю согласие на использование вышеуказанных персональных данных в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (направление рекламно-информационных материалов) посредством SMS-сообщений, и/или электронных писем, и/или сообщений в мессенджерах, и/или push-уведомлений, и/или посредством телефонных звонков:

(подпись) ✓

(ФИО пациента)

Настоящее согласие я даю свободно, своей волей и в своих интересах, а также подтверждаю достоверность и полноту предоставленных сведений.

Я предупрежден (а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением конфиденциальности, принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г №152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Настоящее согласие действует с даты подписания настоящего согласия до достижения цели обработки персональных данных или в течение срока хранения персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и ч.2 ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения персональных данных, обрабатываемых Оператором при оказании медицинских услуг, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет на бумажном носителе, 50 лет в медицинской информационной системе.

(подпись) ✓

(ФИО пациента)

" ____ " ____ г.
(дата оформления)

