

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАИНЕ,
СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ**

Я, ПАЦИЕНТ,		
(Ф.И.О. полностью)		
гражданин	пол (М/Ж):	дата рождения:
(страна)		
место рождения:		
паспорт:	выдан:	
(серия и номер)	(когда и кем)	
код подразделения:		
зарегистрированный(ая) по адресу:		
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)		
фактически проживающий(ая) по адресу:		
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)		
контактные телефоны:		E-mail:
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)		
<i>или законный представитель пациента (далее – Представитель пациента):</i>		
Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА,		
(Ф.И.О. полностью)		
дата рождения:	место рождения:	
паспорт:	выдан:	
(серия и номер)	(когда и кем)	
код подразделения:		
зарегистрированный(ая) по адресу:		
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)		
контактные телефоны:		E-mail:
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)		

на основании:		
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)		
представляющий интересы Пациента:		
(Ф.И.О. пациента полностью)		
гражданина	пол (М/Ж):	дата рождения:
(страна)		
место рождения:		
паспорт:	выдан:	
(серия и номер)	(когда и кем)	
код подразделения:		
зарегистрированного(ой) по адресу:		
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)		
фактически проживающего(ей) по адресу:		
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)		

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных Пациента (далее совместно именуемые - персональные данные) следующим Операторам: Обществу с ограниченной ответственностью «ПЛАСТЕО», ОГРН 1185029006414, ИНН 5029229498, адрес (место нахождения): РФ, 141018, Московская обл., г. Мытищи, ул. Лётная, д. 21/1, помещение XI. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-012050 от 16.06.2020; Обществу с ограниченной ответственностью «ООО «Медицина», ОГРН 1167746278446, ИНН 7721479230, адрес (место нахождения): РФ, УЛ. НОВАЯ БАСМАННАЯ, ДОМ 16, СТРОЕНИЕ 4, Э ЦОК П I К 2 ОФ 1, МОСКВА, Россия, 107078, далее по тексту совместно – Операторы.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Операторов, но не ограничиваясь: «Инфодент», «Инфоклиника», ПО «Забота», относящихся к состоянию здоровья, необходима для защиты моей жизни (жизни пациента), здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические (в том числе фото-видеозаписи, рентгеновские снимки) и паспортные данные, гражданство, семейное положение, состав семьи, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты подписи добровольного медицинского

страхования (ДМС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья, включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагнозы, заболевания, случаи обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи) и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (*нужно подчеркнуть*) осуществлять обработку Операторами персональных данных с целью информирования о предстоящем посещении пациентом врача, сроках действия договора, списании суммы с депозита (при наличии), предоставления иных, связанных с исполнением договора, сведений, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (*нужно подчеркнуть*) осуществлять обработку Операторами персональных данных с целью маркетинговых исследований и продвижения услуг Операторами на рынке путем информирования меня/пациента о новых услугах клиники, специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусов путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки.

Я подтверждаю, что указанный номер мобильного телефона, является достоверным и принадлежит мне/пациенту на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на его имя и принадлежит ему (используется им). Мне разъяснено, что Операторы не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный мной адрес электронной почты после их отправки Операторами, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Операторами способов обработки:

1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «ПЛАСТЕО» и ООО «МЕДИЦИНА», а также по каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Операторов: ООО «ПЛАСТЕО», адрес: РФ, 141018, Московская обл., г. Мытищи, ул. Лётная, д. 211/1, помещение XI., ИНН 5029229498; Обществу с ограниченной ответственностью «ООО «Медицина», ОГРН 1167746278446, ИНН 7721479230, адрес (место нахождения): РФ, УЛ. НОВАЯ БАСМАННАЯ, ДОМ 16, СТРОЕНИЕ 4, Э ЦОК П I К 2 ОФ 1, МОСКВА, Россия, 107078; Министерство здравоохранения Московской области, 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, ИНН 5000001162; Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 127994, г. Москва, Вадковский переулок, дом 18, строение 5 и 7, ИНН 7707515984; ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 111123, г. Москва, ул. Новогиревская, 3А, ИНН 7720024671, Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, адрес: 109316, г. Москва, Волгоградский проспект, дом 27, ИНН 770958563; 6) блокирование; 7) уничтожение.

Операторы также вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Операторы имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку персональных данных в течение всего срока действия договора оказания платных медицинских услуг, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Операторам, а также получить доступ к персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторах, о месте их нахождения, о наличии у Операторов персональных данных, относящихся к персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Операторов уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Операторам с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Операторами, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Операторами; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Операторы при обработке персональных данных обязаны принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Пациент/Представитель пациента: _____
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявляю о своем согласии на разглашение ООО «ПЛАСТЕО», ООО «МЕДИЦИНА» (далее – Медицинские организации) сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинским организациям предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:

/ФИО гражданина, название юридического лица, которому передается информация о состоянии здоровья, медицинская документация, контактный телефон/

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанным выше лицам следующими способами:

- о лично;
- о заказным письмом (*указать адрес*) _____;
- о по электронной почте (*указать адрес*) _____.

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента: _____
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата « ____ » _____ 20__ г.