

**Согласие субъекта персональных данных (Пациента)  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО субъекта персональных данных)

Дата рождения: «\_\_» \_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(наименование документа удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа  
и выдавшем его органе)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Здравоскоп» (ОГРН 1227700283546 ИНН 7716966574), расположенного(ой) по адресу (ам): 129345, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Лосиноостровский, ул. Тайнинская, д. 9, к. 1, помещ. 8Н (далее - Оператор).

**В лице представителя субъекта персональных данных** (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(кем выдан)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

**Цель обработки персональных данных.** Обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов на совершение действий (операций) или совокупности действий (операций) по обработке персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оказание субъекту персональных данных **платных медицинских услуг.**

Настоящее согласие на обработку персональных данных в отношении следующих данных субъекта ПДн: ФИО; дата рождения; пол; возраст; сведения о смене ФИО; гражданство; адрес регистрации; адрес проживания; контактные телефоны, адрес электронной почты (или иной вид связи); данные документа, удостоверяющего личность; наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; дата выдачи документа, удостоверяющего личность; свидетельство о рождении; данные документа, удостоверяющего полномочия законного представителя; ИНН; СНИЛС; сведения о состоянии здоровья; номер медицинской карты; диагноз; иные сведения, необходимые в целях осуществления уставной деятельности; сведения о заболевании; сведения о наличии инвалидности; результаты медицинских обследований; данные лабораторных исследований; сведения, указанные в анамнезе; сведения, указанные в эпикризе; сведения о госпитализации; сведения об оперативных вмешательствах; сведения об оказанной медицинской помощи; медицинское заключение; результат обращения за медицинской помощью; вид оказанной медицинской помощи; сведения о пребывании за границей; иные сведения, необходимые в целях оказания платных медицинских и иных услуг населению в соответствии с Уставом; иные сведения, необходимые в целях оказания медицинской помощи; иные сведения,

необходимые в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения \_\_\_\_\_.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание платных медицинских услуг.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и до момента отзыва согласия либо срока, определенного законом (в зависимости от того, что наступит ранее).

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

– настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

– в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.06 № 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.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, если иное не предусмотрено федеральным законом, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

Подпись пациента/законного представителя пациента:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.