

## СОГЛАСИЕ

### на обработку персональных данных

Дата \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_  
ДУЛ:

\_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_, контактный email: \_\_\_\_\_  
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО Клиника «Наедине», место нахождения (адрес): г. Киров, ул. Дзержинского, д. 6, (далее вместе именуемые как - Оператор) моих персональных данных в целях оказания мне медицинских услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; 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; контактный телефон; адрес электронной почты и другая информация, содержащаяся в относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

Настоящим я подтверждаю, что

- согласен(на)
- не согласен(на)

на передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, а также иных вышеуказанных персональных данных без дополнительного одобрения с моей стороны следующим лицам:

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт:

Тел: \_\_\_\_\_

2. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Зарегистрированный (ая) по адресу:

Паспорт:

Тел: \_\_\_\_\_

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с иными медицинскими организациями, страховыми компаниями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный в законодательстве.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до предоставления отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Подпись субъекта персональных данных

/законного представителя/:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /