

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

**Я, Пациент** \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
паспорт (серия и номер) \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
\_\_\_\_\_

(кем выдан)  
зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(адрес по месту регистрации)  
контактные телефоны \_\_\_\_\_ Е-mail \_\_\_\_\_

### **или законный представитель пациента (далее – Представитель Пациента):**

**Я, Представитель Пациента,** \_\_\_\_\_  
паспорт (серия и номер) \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
\_\_\_\_\_

(кем выдан)  
зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(адрес по месту регистрации)  
контактные телефоны \_\_\_\_\_ Е-mail \_\_\_\_\_

**на основании** \_\_\_\_\_  
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/поручительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)  
**представляющий интересы Пациента** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)  
паспорт (серия и номер) \_\_\_\_\_ выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
\_\_\_\_\_

(кем выдан)  
зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» **своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующему Оператору: Обществу с ограниченной ответственностью «МЕГАИНФО» (ИНН 7706197753, ОГРН 10277392294), находящемуся по адресу: 115280, Москва, 1-й Кожуховский пр., д.1/7, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00368452 от 17 июля 2008 г., сроком действия: бессрочно, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы (далее по тексту – «Оператор»).**

### **Цели обработки персональных данных.**

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов.

### **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., гражданство, пол, год, месяц, дата и место рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС),

в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о наличии инвалидности, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов.

В целях улучшения качества обслуживания пациентов, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «МЕГАИНФО» в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента**, общее описание используемых Оператором способов обработки:1) сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором 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 «МЕГАИНФО», а также с использованием бумажных носителей иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора: ООО «БИОМАРКЕР» ИНН 7719792936,105187, Москва, Окружной проезд, д.30А; 7; ООО «ИММУНОХЕЛС РУС» ИНН 7728877671, 127030, г. Москва, ул. Новослободская, д.3,стр.3,оф.301; ООО «ОН КЛИНИК ЛАБ» ИНН 9705170760, 109044, г.Москва, ул. Воронцовская, д.8,стр.4,эт.1.пом.17,к.3; ООО «МОЛЕКУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНА» ИНН 9701163313, 105082, г.Москва, Переведеновский пер.,д13,стр.8; 6) блокирование; 7) уничтожение.

С целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будут осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

**Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора (1), заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.**

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренному действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «МЕГАИНФО» при предъявлении документа, удостоверяющего личность. а также получать доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных (данных Пациента) Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации в течение периода 30 календарных дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

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.

*Примечание (1) Договор – Договор на оказание медицинских услуг, заключенный с Пациентом/Представителем пациента)*

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 Обществом с ограниченной ответственностью «ООО МЕГАИНФО» (далее – Медицинская организация) 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 Медицинской организации 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:

**лично,** \_\_\_\_\_,

**по электронной почте (нужное подчеркнуть)** \_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что Медицинская организация не может гарантировать и не гарантирует доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинской организацией, 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.