

**Согласие Пациента (законного представителя Пациента)
на обработку персональных данных**

Я, _____,
" ____ " _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
паспорт: серия _____ N _____, выдан " ____ " _____ г.

Заполняется законным представителем Пациента:

Я, _____
Паспорт: серия: _____ № _____, выдан « ____ » _____ года,

являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента:
_____ дата рождения Пациента _____

руководствуясь ст.ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю свое согласие ООО «ЦЕНТР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ», расположенное по адресу: г. Астрахань, пер. 1 –й Аршанский, д. 2. (далее -Оператор), в целях оказания мне (Пациенту, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих (Пациента, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, в том числе: запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с п.п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь) со страховыми медицинскими организациями территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящим я (законный представитель пациента) **даю (не даю)** (нужное подчеркнуть) согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ РФ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения РФ):

_____ (подпись пациента/законного представителя).

Я даю (не даю) (нужное подчеркнуть) свое согласие оператору - ООО «ЦЕНТР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» направлять мне информацию для установления обратной связи, а именно - напоминание о плановых исследованиях, госпитализации, о новых введенных медицинских услугах ООО «ЦЕНТР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» по СМС (номер тел.): **V** _____, а также заключений, выписок из медицинских документов и иную информацию и документы, относящиеся к исполнению договора,

на электронный адрес: **V** _____.

V _____ (подпись пациента/законного представителя).

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных (Пациента, законным представителем которого я являюсь) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до достижения цели их обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое (Пациента, законным представителем которого я являюсь) согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «ЦЕНТР СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» или путем направления заявления в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

« ____ » _____ 2026г.

Настоящее согласие дано мной **V** _____

(ФИО)

V _____

(подпись)

Согласие получено " ____ " _____ 2026 г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____