

**Приложение №1**  
**К Положению об обработке и защите персональных данных**  
**Работников (иных лиц)**

**ФОРМА**

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, гражданин \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р.

Зарегистрирован \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных, №152-ФЗ в целях оказания мне (Потребителю) платных медицинских услуг, в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности оказываемой мне (Потребителю) медицинской помощи, а также для проведения рекламных и информационных рассылок **подтверждаю своё согласие** на обработку ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КУНЦЕВО» ИНН 9731099136, ОГРН 1227700567060, юрид. адрес 121351, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Кунцево, ул. Молодогвардейская д. 21, к. 1, помещ. 3Н, (далее – «Оператор»), моих персональных данных. Я уведомлен и понимаю, что под обработкой данных подразумевается сбор, накопление, хранение персональных данных, включая специальные категории, а именно: фамилия, имя отчество (последнее – при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; биометрические данные; семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)Ю номер полиса ОМС (ДМС); e-mail, контактный номер телефона; анамнез, диагноз, сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, вид оказанной медицинской помощи, условия, объем и сроки оказания медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты, примененные порядки и стандарты, клинические рекомендации медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и освидетельствования; фото/изображение.

В процессе оказания Оператором мне (Потребителю) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные должностным лицам и медицинским работникам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам иных медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание сопутствующих медицинских услуг и иных услуг, в моих (Потребителя) интересах, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

**Перечень действий, совершаемых с персональными данными субъекта персональных данных:** любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, в том числе передачу персональных данных по сети Интернет или в иной форме, осуществляемых сотрудниками подразделений Оператора с целью оказания субъекту персональных данных платных медицинских услуг (включая предоставление персональных данных третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных, с которыми у Оператора заключены договоры с целью проведения медицинского обследования и лечения Потребителя как в момент подписания настоящего согласия, так и после его подписания, или в организации, с которыми у Оператора заключены договоры на обслуживание медицинского оборудования и программного обеспечения как в момент подписания настоящего согласия, так и после его подписания, а также иным участникам информационного взаимодействия при наличии у Оператора соответствующих договоров или в силу требований законодательства, а также обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Дополнительно я даю согласие на передачу своих персональных данных нижеуказанным лицам, для проведения лабораторных исследований биологического материала, выдачу мне (Потребителю) результатов этих исследований: ООО «Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК» ОГРН 1113668027395, ООО «ДИАЛАБ ПЛЮС» ОГРН 5077746808530, ООО "КДЛ Домодедово-Тест" ОГРН 1045002010085.

Также я предоставляю право Оператору и иным лицам, с которыми у Оператора заключены договоры на оказание услуг и подписаны соглашения о сохранении медицинской тайны, осуществлять информирование (на указанный мной мобильный номер телефона и электронный адрес) меня о произведенной записи на приём к врачу, об отмене/переносе планируемого приёма, о необходимости/возможности пройти вакцинацию, о готовности результатов исследований, информацию о планируемых акциях и мероприятиях, проводимых Оператором.

Настоящее согласие дано мной и действует до окончания срока хранения моих персональных данных, который соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КУНЦЕВО» вправе обрабатывать мои персональные данные на бумажных и электронных носителях, автоматизированным и неавтоматизированным способом, с использованием информационных систем и без таковых, а также с использованием телемедицинских технологий, и посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (приём и передачу) моими

персональными данными со страховыми организациями, бюджетными и внебюджетными фондами.

Также я уведомлен о праве Оператора на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина (его законного представителя) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учётом требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с требованиями п.8 ч.4 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Разрешаю Оператору предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания выбранным мною лицам: \_\_\_\_\_

(ФИО, контактный телефон)

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

Я осведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путём подачи письменного заявления Оператору, а также получить 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 персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг.

Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

(подпись) / расшифровка подписи