

## СОГЛАСИЕ

пациента на обработку его персональных данных,  
а так же специальных категорий персональных данных (данных о здоровье) и  
биометрических данных.

Я, \_\_\_\_\_,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_,  
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О  
персональных данных» в целях оказания платных медицинских услуг мне  
/несовершеннолетнему, недееспособному в соответствии с заключенным договором (п.2 ч.2  
ст.22 152-ФЗ) подтверждаю свое согласие на обработку ООО «СИНЕРГИЯ» (далее - Оператор)  
моих персональных данных, /данных несовершеннолетнего, недееспособного, а именно:  
ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (и  
иного документа удостоверяющего личность) при необходимости данные полиса ОМС,  
ДМС данные СНИЛС, а также специально категории персональных данных:

- сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных  
рекомендациях;
- биометрических данных.

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

В процессе оказания Оператором мне (несовершеннолетнему, недееспособному)  
медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои  
персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие  
врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего  
(несовершеннолетнему, недееспособному) обследования и лечения, а также лабораториям -  
партнерам (ООО "Централизованная лаборатория "АВК МЕД", ООО "ГЕМОТЕСТ" ) в целях  
выполнения заявленных мною лабораторных исследований.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими  
персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,  
изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. 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 (документов), в частности, договорами  
ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет – для поликлиники или частной медицинской организации).

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

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Я согласен(а) со следующими действиями с персональными данными:

1. Обработка персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Срок действия настоящего согласия – пока я являюсь пациентом данного учреждения. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора, либо написание отзыва непосредственно в медицинском центре и передача уполномоченному 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 (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

**Даю свое согласие** на передачу моих персональных данных, предоставляю право доступа к сведениям, составляющим мою врачебную тайну (в том числе после моей смерти), следующим лицам (указать степень родства, полное ФИО, дату рождения и контактный телефон):

---

---

**Запрещаю разглашать** сведения, составляющие мою врачебную тайну, третьим лицам, в том числе членам моей семьи (и после моей смерти).

**Даю свое согласие** ООО «СИНЕРГИЯ» на передачу моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном

фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ.

**Запрещаю** ООО «СИНЕРГИЯ» передачу моих персональных данных в ЕГИСЗ. При отказе от передачи данных в ЕГИСЗ дальнейших претензий к ООО «СИНЕРГИЯ», по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

**Дополнительно даю, не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на информационные рассылки:**

-  **на адрес электронной почты (E-mail-рассылка):** \_\_\_\_\_ (указать адрес)

-  **на мобильный телефон (СМС-рассылка)** \_\_\_\_\_ (указать телефон)

Дата \_\_\_\_\_ / ФИО/ \_\_\_\_\_

Согласие получено \_\_\_\_\_ (уполномоченный представитель ООО «СИНЕРГИЯ»)

Дата \_\_\_\_\_