

В соответствии с пп.5 ч.1 ст. 6 ФЗ № 152 «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его **общих** персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Ярославль

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_,  
вид документа, № документа, когда и кем выдан

даю согласие на обработку моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Подмосковье», находящемуся по адресу: г. Ярославль, ул. Некрасова,41 (далее – Исполнитель/Оператор),

1. Я выражаю свое согласие на осуществление Исполнителем, как Оператором персональных данных, обработки (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка), так и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка), своих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество (в том числе прежние), дата рождения, место рождения, данные документа, удостоверяющего личность и гражданство, пол, адрес и дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; контактная информация, в том числе информация о моем здоровье, биометрических персональных данных, а также иная информация, содержащаяся в дополнительно представленных Исполнителю документах, необходимая для исполнения договора платного оказания стоматологических услуг, стороной которого является субъект персональных данных.

Обработка данных о моем здоровье может осуществляться только в медико-профилактических целях.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье, а также биометрические данные другим должностным лицам Исполнителя, сторонним экспертам, врачам в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, биометрическими данными в научных, учебных или статистических целях.

Срок хранения моих персональных данных, срок действия согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

2. Указанные мной персональные данные предоставляются в целях предоставления Застрахованному/Пациенту медицинских услуг, а также в целях информирования о других услугах Исполнителя (в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи).

3. Я выражаю свое согласие на предоставление мне Исполнителем (в том числе посредством привлечения Исполнителем для этих целей третьих лиц) информации об услугах Исполнителя посредством использования телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи, электронных средств связи (включая SMS-сообщения), а также почтовой и других средств связи. Я даю свое согласие Исполнителю на проведение опроса для оценки уровня удовлетворенности оказанных мне услуг с использованием телефонной связи.

4. Согласие, выраженное в пунктах 2 и 3 настоящего документа, действует бессрочно в случае, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

5. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» Исполнитель имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

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

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия \_\_\_\_\_.