



## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАНЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, действующий в интересах несовершеннолетнего пациента: **АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ** (далее-Пациент),

в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в интересах Пациента настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных Пациента) Оператором \_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_, КПП \_\_\_\_\_, адрес юридического лица: \_\_\_\_\_ и третьими лицами с которыми у оператора заключены договоры (далее Оператор).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию здоровья, необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг Оператора, а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, место учебы, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора 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).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Оператором способов обработки:

1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление, передача (распространение, предоставление, доступ) персональных данных Оператором, а также у третьих лиц;

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;

6) блокирование;

7) уничтожение.

Я даю согласие на обработку персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с оператором, а по его истечении - в течение срока, установленного законодательством.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении либо при получении письменного запроса.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными;

2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;

3) на получение при обращении или при получении запроса информации, касающейся обработки персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки;

2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором;

3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;

4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;

5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;

6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан 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.

Я согласен (на) на получение медицинской документации, в том числе о состоянии здоровья (копии, выписки, результаты анализов и медицинских исследований, справки), содержащей в себе информацию, составляющую врачебную тайну на электронную почту, указанную в настоящем Согласии.

Я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам.

За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленной медицинской документации на указанный адрес ответственности не несет.




Дата: « 18 » августа 2023 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)



**МОСИТАЛМЕД**  
ГРУППА КОМПАНИЙ

- ул. Арбат, д. 28/1, стр.1
- Комсомольский проспект, д. 15, стр. 1
- Овчинниковская набережная, д. 8А
- 4-й Ростовский переулок, д. 1, стр. 1

 [mositalmed.ru](http://mositalmed.ru)  
 [info@mositalmed.ru](mailto:info@mositalmed.ru)  
 +7 (495) 212-90-98

---