

## Согласие на обработку персональных данных пациента клиники

Я, нижеподписавшийся гр-н(ка) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(дата и название выдавшего органа)  
тел.: \_\_\_\_\_, адрес электронной почты \_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку ООО «Арто» (ОГРН 1147746362092, ИНН 7709951030, адрес юридического лица: 105062, г. Москва, Подсосенский переулок дом 3) (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: – анкетные и биографические данные; биометрические и антропометрические данные, паспортные данные; ФИО, пол, место рождения, дата рождения, сведения о социальных льготах, место работы, специальность, адрес фактического проживания, адрес прописки, домашний телефон, мобильный телефон, ИНН, СНИЛС, полис ОМС (ДМС), данные о номере банковского счета и банковской карты, изображения, изготовленные и (или) произведенные для целей оказания медицинских услуг, данные документа, подтверждающего полномочия представителя (в том числе законного представителя), сведения о состоянии здоровья, перенесенных заболеваний, имеющихся аллергических реакциях, случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении углубленных медицинских обследований и медицинских осмотров, заключения и рекомендации врачей, и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, обеспечения предоставления информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, поддержания связи со мной и информирования меня о записи на прием (дате и времени оказания услуг), а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг и в иных медико-профилактических целях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление всех действий (операции) в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Оператор осуществляет обработку персональных данных как автоматизированным, так и неавтоматизированным и смешанным способами. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора, в том числе через программное обеспечение «ONDOC».

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором или имеющим доступ к персональным данным на основании заключенного с ним договора; -страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам (в т.ч. внебюджетным фондам), Росстату, иным государственным органам, в медико-генетические лаборатории, в криобанки биологического материала, военкоматы, органы внутренних дел, суда, прокуратуру, суды.

Срок хранения персональных данных соответствует установленному действующим законодательством РФ сроку хранения документов, составленных в отношении потребителя медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента представления бессрочно.

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

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

С Положением о работе с персональными данными пациентов и Политикой защиты персональных данных Оператора ознакомлен(а).

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку 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 до этого медицинской помощи.

**Даю свое согласие на рассылку информационных и рекламных сообщений с информированием по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований, о продуктах и услугах Оператора, о проводимых мероприятиях и т.д. по номеру мобильного телефона, и адресу электронной почты, указанным в настоящем Согласии.**

Настоящее согласие дано мной с подтверждением того, что указанные персональные данные проверены и внесены верно:

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_