

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,  
ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ,  
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ**

**Я, ПАЦИЕНТ,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Гражданин \_\_\_\_\_ пол (М/Ж): \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_  
(страна)

Место рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ код подр. \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (когда и кем)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

Фактически проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)

**ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**(ДАЛЕЕ – ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА):**

**Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА,** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_ Место рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ код подр. \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (когда и кем)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)

На основании: \_\_\_\_\_  
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

Представляющий интересы Пациента: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента полностью)

Гражданин: \_\_\_\_\_ пол (М/Ж): \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_  
(страна)

Место рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ код подр. \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (когда и кем)

Зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

Фактически проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующим Операторам:

Обществу с ограниченной ответственностью «Витаминка» (ООО «Витаминка»), ОГРН 1125001006217, ИНН 5001091850, адрес (место нахождения): 143900, Московская область, город Балашиха, улица Свердлова, 32, пом.259. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00315273 от 27.07.2017г.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих 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 моих персональных данных (в том числе в информационных системах Операторов, но не ограничиваясь: «Инфоклиника», а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в ООО «Витаминка», 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 и место рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение sms-сообщений: о времени приема врача, к которому предварительно была произведена запись на прием, об изменении времени приема и т.п., за исключением информации, которая подпадает под действие Федерального закона от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе». 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 Пациента, общее описание используемых Операторами способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, 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; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «Витаминка», а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Операторов: ООО «Витаминка», ОГРН 1125001006217, ИНН 5001091850, 143900, Московская область, город Балашиха, улица Свердлова, 32, пом.259; ГБУЗ «МНПЦЛИ ДЗМ», ИНН 7724015205, 115580, Москва, Ореховый бульвар, д.49, корп.1; ООО «ИНВИТРО», ОГРН 1037739468381. ИНН 7710294238, 121059, г.Москва, вн.тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул.Киевская, д.7, к.1, пом.1; ООО «Профессорская клиника «Хорошая практика», ОГРН 5177746015662, ИНН 9705108916, 115054, город Москва, Валовая ул, д. 32/75 стр. 1, этаж 3 пом 1-3а;17;19;22-27 б) блокирование; 7) уничтожение.

Операторы также 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). Операторы имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

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 Операторам, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторах, о месте их нахождения, о наличии у Операторов персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Операторов уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, 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 к Операторам с запросом информации, касающейся обработки своих 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 Операторами, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Операторами; 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 Операторы при обработке персональных данных обязаны 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.

Пациент/Представитель пациента:

\_\_\_\_\_  
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

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

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявляю о своем согласии на разглашение Обществом с ограниченной ответственностью «Витаминка» (далее – Медицинская организация), сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинской организации предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
/ФИО гражданина, название юр. лица, которому передается информация о состоянии здоровья, медицинская документация, контактный телефон/

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанным выше лицам следующими способами:

-лично;

-заказным письмом (указать адрес) \_\_\_\_\_;

-по электронной почте (указать адрес) \_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что Медицинская организация не может гарантировать и не гарантирует доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинской организацией, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинская организация не отвечает за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

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