

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ**СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ****Ф.И.О.:** _____**Дата/место рождения:** _____**Паспорт:** серия _____ номер _____ выдан __________ код подразд. _____ место
рождения _____**Адрес регистрации:** _____**Тел./e-mail:** _____**На основании:** _____

(родство / опека / попечительство / усыновление / доверенность, реквизиты документа)

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ**Ф.И.О.:** _____**Гражданство:** _____**Пол / дата рождения:** ____ / _____**Место рождения:** _____**Паспорт:** серия _____ номер _____ выдан _____
_____ место

рождения _____

Адрес регистрации: _____**Фактический адрес:** _____**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Витаминка» (ООО «Витаминка»), ОГРН 1125001006217, ИНН 5001091850, адрес: 143905, Московская область, г. Балашиха, ул. Свердлова, д.32, пом.259 (далее - Оператор), на обработку моих персональных данных и персональных данных представляемого лица, включая специальные категории сведений о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, фактах обращения за медицинской помощью, результатах обследований и лечения, в целях:

- оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения;
- ведения медицинской документации, учета и отчетности;
- исполнения Договора и требований законодательства РФ;
- передачи сведений в ЕГИСЗ в объеме и порядке, установленном законодательством РФ, включая п. 36 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659.

Перечень данных: ФИО, дата и место рождения, пол, адреса, паспортные данные, СНИЛС, полис ОМС/ДМС, телефоны, e-mail, сведения о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, обращениях, обследованиях и лечении.

Действия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, предоставление, передача (включая ЕГИСЗ и третьих лиц по поручению Оператора в соответствии с законом), уничтожение.

Обработка осуществляется с использованием средств автоматизации и без их использования.

Срок действия: в течение действия Договора, а после его прекращения - в течение установленного законом срока хранения медицинской документации.

Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления по адресу Оператора.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с правами, предусмотренными ст. 14 Федерального закона № 152-ФЗ, включая право на доступ к персональным данным и их уточнение.

Подпись представителя: _____**Ф.И.О.:** _____**Дата:** _____**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

(заполняется по желанию Пациента)

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю передачу сведений, составляющих врачебную тайну, и копий медицинской документации следующим лицам:

1. Ф.И.О. / организация: _____

Контактные данные: _____

2. Ф.И.О. / организация: _____

Контактные данные: _____

3. Ф.И.О. / организация: _____

Контактные данные: _____

ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ СВЕДЕНИЙ

Способ передачи: лично / заказным письмом / по электронной почте (нужное подчеркнуть).

Срок действия настоящего согласия: _____

(например: «до 31.12.2027», «до момента получения медицинской документации», «до отзыва согласия»)

Настоящее согласие может быть отозвано мной в любое время путем подачи письменного заявления по адресу Оператора.

Подпись представителя: _____**Ф.И.О.:** _____**Дата:** _____**ПАМЯТКА**

Согласие на разглашение врачебной тайны является дополнительным и заполняется только при необходимости передачи сведений указанным лицам. Основное согласие на обработку персональных данных оформляется независимо от заполнения данного блока.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ**СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ****Ф.И.О.:** _____**Гражданство:** _____**Пол:** _____**Дата рождения:** _____**Паспорт:** серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место

рождения _____

Адрес регистрации: _____**Фактический адрес:** _____

(если отличается от адреса регистрации)

Тел./e-mail: _____**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Витаминка» (ООО «Витаминка»), ОГРН 1125001006217, ИНН 5001091850, адрес: 143905, Московская область, г. Балашиха, ул. Свердлова, д.32, пом.259 (далее - Оператор), на обработку моих персональных данных и персональных данных представляемого лица, включая специальные категории сведений о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, фактах обращения за медицинской помощью, результатах обследований и лечения, в целях:

- оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения;
- ведения медицинской документации, учета и отчетности;
- исполнения Договора и требований законодательства РФ;
- передачи сведений в ЕГИСЗ в объеме и порядке, установленном законодательством РФ, включая п. 36 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659.

Перечень данных: ФИО, дата и место рождения, пол, адреса, паспортные данные, СНИЛС, полис ОМС/ДМС, телефоны, e-mail, сведения о состоянии здоровья, диагнозе, заболеваниях, обращениях, обследованиях и лечении.

Действия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, предоставление, передача (включая ЕГИСЗ и третьих лиц по поручению Оператора в соответствии с законом), уничтожение.

Обработка осуществляется с использованием средств автоматизации и без их использования.

Срок действия: в течение действия Договора, а после его прекращения - в течение установленного законом срока хранения медицинской документации.

Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления по адресу Оператора.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с правами, предусмотренными ст. 14 Федерального закона № 152-ФЗ, включая право на доступ к персональным данным и их уточнение.

Подпись пациента: _____**Ф.И.О.:** _____**Дата:** _____**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

(заполняется по желанию Пациента)

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю передачу сведений, составляющих врачебную тайну, и копий медицинской документации следующим лицам:

1. Ф.И.О. / организация: _____

Контактные данные: _____

2. Ф.И.О. / организация: _____

Контактные данные: _____

3. Ф.И.О. / организация: _____

Контактные данные: _____

ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ СВЕДЕНИЙ

Способ передачи: лично / заказным письмом / по электронной почте (нужное подчеркнуть).

Срок действия настоящего согласия: _____

— (например: «до 31.12.2027», «до момента получения медицинской документации», «до отзыва согласия»)

Настоящее согласие может быть отозвано мной в любое время путем подачи письменного заявления по адресу Оператора.

Подпись пациента: _____**Ф.И.О.:** _____**Дата:** _____**ПАМЯТКА**

Согласие на разглашение врачебной тайны является дополнительным и заполняется только при необходимости передачи сведений указанным лицам. Основное согласие на обработку персональных данных оформляется независимо от заполнения данного блока.