

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_, (Ф.И.О. полностью) проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (место регистрации) паспорт, серия: \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ г., кем \_\_\_\_\_, № подр.: \_\_\_\_\_ (серия и номер) (дата, название выдавшего органа) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью медицинский центр «РИВЕР» (ООО «МЦ «РИВЕР») (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

- обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

- обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я согласен (а) на передачу моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) ООО МЦ «РИВЕР» в ЕГИСЗ, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, сведения об оказанной медицинской помощи, направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении, иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

ФИО \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.) (дата) \_\_\_\_\_

Согласие получено \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_