

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

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства: \_\_\_\_\_

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**)  
несовершеннолетнего (далее – **Пациент**):

*ФИО несовершеннолетнего*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Медина» (далее - Оператор), расположенному по адресу: Московская область, г. Электросталь (ОГРН 1045021603109, ИНН 5053030738) моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, номер СНИСЛ, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

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.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г. и действует до отзыва согласия. Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_   
расшифровка подписи

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИСЛ. Отказываясь от предоставления СНИСЛ, пациент (представитель пациента) понимает, что медицинская организация не несет ответственности за невозможность реализации права пациента на доступ к своей медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_   
расшифровка подписи