

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, _____,	Ф.И.О., полностью		
проживающий (ая) по адресу: _____,	по месту регистрации		
паспорт: серия _____ номер _____	выдан _____		
	серия, номер, дата выдачи		
	наименование выдавшего органа		

<b>Этот раздел бланка заполняется только на представляемых лиц:</b>			
Я, паспорт: серия _____ номер _____,	выдан: _____		
даю согласие в отношении лица: _____	(Ф.И.О. представляемого)		
проживающего(ей) по адресу: _____,	по месту регистрации		
документ, удостоверяющий личность серия _____ номер _____	выдан _____		
	серия, номер, дата выдачи		
	наименование выдавшего органа		
<i>реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных)</i>			

в соответствии с федеральным законом от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, своей волей и в своем интересе (в интересах лица, представителем которого я являюсь) даю согласие на обработку ООО «МЕДИМА+» (396650, Воронежская область, г. Россошь, ул. Рождественская, д.30.) (далее – Оператор) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, биометрические данные (фотография), семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС, 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 и оказания медицинских услуг, в т.ч. в целях ведения учета и систематизации оказанных услуг, и в иных целях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации и/или возложенных на Оператора в силу закона.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными: обработку, включая сбор (в том числе посредством телефонной связи), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление (в том числе в силу закона), доступ (в том числе в силу закона)), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные представляемого) на бумажных и электронных носителях, автоматизированным и неавтоматизированным способом, с использованием информационных систем и без таковых, а также с использованием телемедицинских технологий, и посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, передачу, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Я осведомлен(а), что в соответствии с п. 8) ч. 4. ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства о персональных данных.

В целях оперативной коммуникации, обеспечения доступности лечебно-диагностического процесса, в том числе автоматизации процесса заключения договоров и последующего оказания медицинских услуг, даю Оператору право на предоставление ООО «МЕДИМА+» (ОГРН 1193668041962) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС, СНИЛС.

В целях осуществления медицинской деятельности, улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, я предоставляю право Оператору и ООО «МЕДИМА+» (ОГРН 1193668041962) осуществлять информирование в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону (в т.ч. путем использования мессенджера WhatsApp) об услугах, о произведенной записи на прием, об отмене/переносе планируемого приема, о готовности и результатах исследований, информацию об акциях и мероприятиях, проводимых Оператором и ООО «МЕДИМА+» (ОГРН 1193668041962).

**Контактный телефон** \_\_\_\_\_

**Адрес электронной почты** \_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что Оператор и ООО «МЕДИМА+» (ОГРН 1193668041962) не могут гарантировать и не гарантируют доставку сообщений на указанные выше адрес электронной почты и мобильный номер телефона после их отправки, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц, а также не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по незащищенным каналам связи.

Настоящее Согласие действует двадцать пять лет. Я оставляю за собой право отозвать Согласие посредством направления соответствующего письменного заявления в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручения лично под расписку представителю Оператора.

**Подпись субъекта персональных данных** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

расшифровка подписи