



## Согласие пациента на обработку и передачу персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и отчество полностью)

Паспорт, серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

проживающий(ая) по адресу:

адрес регистрации:

телефон: \_\_\_\_\_, электронная почта: \_\_\_\_\_

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «НЕ БОЛЬНО на Масловке» (127220, Россия, г. Москва, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ САВЕЛОВСКИЙ, УЛ НИЖНЯЯ МАСЛОВКА, Д. 6, К. 1, ПОМЕЩ. 1А, КОМ. 2, ОГРН: 1227700729838, Дата присвоения ОГРН: 08.11.2022, ИНН: 7714495859, КПП: 771401001) (далее - Оператор) в лице любого его работника/сотрудника, на обработку моих персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), фотографии, аудио- и видеoinформацию и другую информацию в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право Оператору исключительно по его усмотрению передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, любым работникам/сотрудникам Оператора либо третьим лицам по соответствующим договорам Оператора с такими лицами, в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы Dental PRO, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), региональным управлением ЗАГС, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, региональным ведомством социальной защиты, федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

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.



Я также  даю Оператору свое согласие /  не даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я,  разрешаю /  не разрешаю, учитывая требования ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

---

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

---

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Подпись субъекта персональных данных

---

\_\_\_\_\_ /  
подпись

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью)