

## СОГЛАСИЕ субъекта на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество пациента либо представителя),  
проживающий(ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_  
основной документ, удостоверяющий личность  
(паспорт): \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)

—  
на основании статей 9, 10, 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", а также Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **1. в целях:**

- 1.1. Заключение, исполнение и прекращение договора на оказание платных медицинских услуг.
- 1.2. Идентификация Пациента.
- 1.3. Оказание медицинской помощи и ведение медицинской документации.
- 1.4. Оформление медицинских документов, направлений, заключений, справок и иной документации.
- 1.5. Обеспечение взаимодействия между медицинскими работниками и Пациентом, включая запись на прием, перенос и подтверждение визитов.
- 1.6. Исполнение требований законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения, бухгалтерского, административного и архивного учета.
- 1.7. Защита прав и законных интересов Пациента и Исполнителя.
- 1.8. **контроля качества оказываемых услуг, в том числе фото- и видеосъемки, включая фиксацию результатов «до» и «после» лечения/процедур, даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ИНЛАВ» (далее оператор), находящемуся по юридическому адресу: г. Москва, ул. Бочкова, д.3, помещ. 2/2, по фактическому адресу: г. Москва, ул. Бочкова, д. 3, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в том числе сбор и хранение биометрических персональных данных, их проверку и передачу информации о степени их соответствия предоставленным биометрическим персональным данным гражданина Российской Федерации, а именно на предоставление персональных данных ООО «ИНЛАВ».**

### **Перечень моих персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

2. Общие персональные данные:
  - 2.1. фамилия, имя, отчество;
  - 2.2. дата рождения, возраст;
  - 2.3. пол;
  - 2.4. документ, удостоверяющий личность (паспортные данные, тип, серия, номер, дата выдачи и выдавший орган);
  - 2.5. адрес регистрации по месту жительства;
  - 2.6. адрес места пребывания;
  - 2.7. контактный телефон,
  - 2.8. адрес электронной почты, e-mail);
  - 2.9. гражданство;
  - 2.10. СНИЛС (если указывается)
  - 2.11. полис ОМС (при наличии): данные о страховой организации и дате выдачи;
  - 2.12. код меры социальной поддержки (льготы)
  - 2.13. лицо для связи: ФИО и телефон того, кому можно сообщать о состоянии пациента.
  - 2.14. сведения о заключенном договоре;
  - 2.15. сведения о произведенных оплатах и расчетах;
  - 2.16. иные данные, предоставленные мною при обращении за медицинской помощью
3. Специальные категории персональных данных:
  - 3.1. паллиативный статус: нуждается ли пациент в паллиативной помощи.
  - 3.2. сведения о состоянии здоровья, необходимые для диагностики и оказания медицинских услуг.

- 3.3. данные о диагнозе, анамнезе, обследованиях;
  - 3.4. сведения о проведенном лечении и его результатах;
  - 3.5. сведения о прогнозах и назначениях врача. сведения, содержащиеся в медицинской документации;
  - 3.6. иные данные, составляющие врачебную тайну и необходимые для оказания медицинской помощи.
4. Биометрические персональные данные:
- 4.1. фото- и видеосъемка при оказании услуг, включая фиксацию результатов «до» и «после» лечения/процедур, в том числе изображение лица.

**5. Передача персональных данных третьим лицам**

Я уведомлен(а) и согласен(на), что в целях исполнения договора и оказания медицинской помощи мои персональные данные могут передаваться третьим лицам исключительно в объеме, необходимом для достижения целей обработки, в том числе:

- 5.1. медицинским организациям;
- 5.2. лабораториям;
- 5.3. диагностическим центрам;
- 5.4. медицинским специалистам, привлекаемым к оказанию медицинской помощи;
- 5.5. страховым организациям (при наличии соответствующих правоотношений);
- 5.6. государственным органам в случаях, предусмотренных законодательством РФ;
- 5.7. организациям, обеспечивающим информационно-техническое сопровождение деятельности Исполнителя.

Передача осуществляется при соблюдении требований законодательства Российской Федерации о персональных данных и врачебной тайне.

**Согласие действует:** на период оказания медицинских услуг по заключенному договору и срок хранения медицинской документации, установленный законодательством Российской Федерации, либо до момента его отзыва субъектом персональных данных.

Субъект персональных данных вправе отозвать настоящее согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных оператор обязан прекратить их обработку или обеспечить прекращение такой обработки (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного срока оператор осуществляет блокирование таких персональных данных или обеспечивает их блокирование (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_/

(подпись пациента либо представителя)

(Ф.И.О.)