**Согласие на обработку персональных данных пациента**

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ удостоверяющий личность серия \_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразд. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, гражданство РОССИЯ, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие, данное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее — Оператор), находящееся по адресу: г.Москва, 1-й Кожуховский проезд, д. 9, на обработку персональных данных (сведений) обо мне и моей семье, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, изображения лица полученное с помощью фотовидеоустройств, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о моем состоянии здоровья, заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью, в целях сохранения и восстановления здоровья и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, согласно действующим законодательством.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским сотрудникам, передавать персональные данные обо мне, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского

страхования», с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Я даю согласие на передачу своих вышеуказанных персональных данных и данных Пациента иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам, в целях оказания медицинских услуг.

Наименование, адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора:

* ООО "Вита дизайн"; 105066, г. Москва, 1-й Басманный пер., 2А;
* ООО «Медицинский центр «Поликлиника.ру»; 107078, г. Москва, ул. Новая Басманная, дом 10, строение 1, этаж 1, помещение VI, комната 21;
* НУЗ НДЦ «Поликлиника на Автозаводской»; 115280, г. Москва, 1-й Кожуховский проезд, д. 9, этаж 1, помещение II, комната 7а;
* НУЗ КДЦ «Поликлиника на Фрунзенской»; 119021, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 24, стр. 2, эт. 1, пом. II, комн. 6, каб. 112;
* НУЗ НДЦ «Поликлиника на Смоленской»; 123022 г. Москва, Столярный переулок, д. 7, корп. 2, эт. подвал, пом. I, ком. 3;
* ООО «Стоматология Зуб.ру»; 117418, г. Москва, ул. Гарибальди, д. 27, к. 4, эт/помещ., 2/I, ком. 10;
* ООО «Поликлиника.ру»; 127051, г. Москва, Сухаревский Б. переулок, дом 19, строение 2, этаж 1, помещение I.;
* ООО «Поликлиника.ру на Таганской»; 109147, Москва, ул. Таганская, д. 32/1, стр.17;
* ООО «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ЗУБ.РУ»; 109147, Москва, ул. Таганская, д. 32/1, стр.17;
* ЧУЗ «Стоматологическая поликлиника на Маяковской»; 127051, г. Москва, ул. Садовая-Каретная, д. 20, стр. 2, эт. 1, пом. III, ком. 8;
* ЧУЗ «Стоматологическая поликлиника на Цветном бульваре»; 127051, г. Москва, Малый Каретный пер., д. 14, стр. 1, этаж 1, пом. I;
* ООО «МДЦ «Поликлиника.ру»; 123022 г. Москва, Столярный переулок, д. 7, корп. 2;
* ООО «Программы и технологии» ; 105082, г. Москва, ул. Фридриха Энгельса, д. 75, стр. 11, офис 506;
* ООО «ЦИФРОВАЯ ПОМОЩЬ.РУ», 125080, г.Москва, Вн.Тер.Г.Муниципальный Округ Сокол, Пер Факультетский, Д. 4, Этаж 1, Помещ. 1, Комн. 28;
* ООО «Поликлиника.ру на Смоленской»; 121099, Москва г, Смоленский 1-й пер, дом № 17, строение 3;
* ООО «Поликлиника.ру на Дорожной»; 117535 г. Москва, ул. Дорожная, д. 32, корп.1;
* ООО «КДЦ «Поликлиника.ру»; 109044, РФ, г. Москва, Муниципальный округ Южнопортовый вн.тер.г, ул. Крутицкий вал, д. 26, стр. 1, этаж 1, помещ./ком. II/1.

Передача персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует до момента-достижения целей обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с «Положением об обработке и защите персональных данных Негосударственное частное учреждение здравоохранения научный диагностический центр «Поликлиника на Автозаводской», и с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025 | | |  | | ***V*** | | |  | | | | | |  | | | |
| подпись | | | | | |  | | | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя) | | | |
|  | | |
|  | | | | | |  | | | |
| **Согласие на информирование** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мобильный телефон **+7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  E-mail | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Я, нижеподписавшийся, согласен на получение информации от клиники (о времени, месте, условиях оказания медицинских услуг и т.д.) посредством смс-рассылки и/или e-mail рассылки. |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025 | |  | | ***V*** | | |  | | | | | |  | | | |
| подпись | | | | | |  | | | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя) | | | |
|  | |
|  | | | | | |  | | | |
| **Согласие на участие в системе лояльности «Кэшбэк на здоровье»** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| Подписанием настоящего согласия, подтверждаю, что ознакомлен с правилами и условиями системы лояльности, и даю согласие на передачу Оператором своих вышеуказанных персональных данных и данных Пациента: 1. Обществу с ограниченной ответственностью «М СОФТ» (адрес: Москва, Территория Сколково Инновационного центра, б-р Большой, д.42, стр.1). 2. Обществу с ограниченной ответственностью «Майндбокс» (адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 26. Бизнес-центр «Северное Сияние», этаж 12, офис Mindbox) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | ***V*** | | |  | | | | | |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025 | | |
| подпись | | | | | |  | | | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя) | | | | |