

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

\_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
являясь Заказчиком по договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ и законным представителем пациента(ки) \_\_\_\_\_

**1. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА**

- 1.1. В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО «НЕЙРО-ПРАКТИКА» (далее – «Оператор») персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, перечень, вид, условия, срок и объем оказанной медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, даты оказания указанных услуг, результат обращения за медицинской помощью, результаты экспертизы объемов и качества оказанных медицинских услуг, серия и номер выданного листка нетрудоспособности, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике, или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, в том числе со стороны страховой компании, осуществляющей деятельность в области медицинского страхования, финансового обеспечения оказания медицинской помощи при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
- 1.2. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать персональные данные пациента, законным представителем которого я являюсь, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, должностным лицам медицинской организации, непосредственно оказывающей медицинские услуги в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.
- 1.3. В целях исполнения Оператором обязательств по договору с заказчиком оказываемых медицинских услуг я предоставляю Оператору право на передачу Заказчику и/или его представителю персональных данных, в т.ч. информации, составляющей врачебную тайну, в объеме, необходимом для исполнения указанного договора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
- 1.4. Я осведомлен(а), что настоящее согласие действует бессрочно и о том, что вправе отозвать согласие на обработку персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление

направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **2. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

2.1. Выражаю свое согласие на предоставление мне медицинскими работниками персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, при условии аутентификации Субъекта персональных данных.

2.2. Оператор производит аутентификацию Субъекта по фамилии, имени, отчеству, дате рождения, серии и номеру документа, удостоверяющего личность, предъявленного при обращении.

2.3. Вышеуказанные сведения могут быть предоставлены также посредством использования любых видов связи, в том числе по телефону и электронной почте.

2.4. Я осведомлен(а), что сведения будут направляться по незащищенным каналам связи и поступать на незащищенные адреса(Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа).

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **3. НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ**

3.1. Настоящим выражаю свое согласие направлять мне результаты медицинских исследований, медицинские отчеты по следующему адресу электронной почты:

\_\_\_\_\_

3.2. Я осведомлен(а), что сведения будут направляться по незащищенным каналам связи и поступать на незащищенные адреса(Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа).

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **4. НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ РЕКЛАМНОГО ХАРАКТЕРА ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ И ПОСРЕДСТВОМ SMS-СООБЩЕНИЙ**

4.1. Настоящим выражаю свое согласие на рассылку Оператором сообщений с информированием по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, об акциях, специальных предложениях и другой информации о деятельности Оператора по:

тел.: \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_