

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавший (-ая)ся \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес по месту регистрации)

СНИЛС \_\_\_\_\_,

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

Выдан \_\_\_\_\_  
(название выдавшего органа)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года,  
(дата выдачи)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне / моему несовершеннолетнему ребенку / моему недееспособному опекаемому:

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес по месту регистрации)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

Выдан \_\_\_\_\_  
(название выдавшего органа)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года,  
(дата выдачи)

медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

Медицинской организации Обществу с ограниченной ответственностью «МК Новая медицина» (далее – Оператор), адрес: Московская область, г. Жуковский, ул. Чкалова, д. 12 пом. 20-27, 29-43, ОГРН 1175027032146, ИНН 5040153041, моих персональных данных, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий персональных данных:

- персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа, удостоверяющего личность), страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), контактный телефон;

- специальные категории персональных данных: информации о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций.

В соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Цели обработки персональных данных: предоставление медицинских услуг, в т.ч. идентификация, отражение информации в медицинской документации.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

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 (документов) по ОМС (договором ДМС).

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

и территориальным Фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных на бумажном носителе соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет 25 лет, в соответствии с п. 3.3. Приказа Минздрава России от 03.08.2023 N408.

По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «МК Новая медицина» при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан ее прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации в течение периода 30 календарных дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством, с последующим уничтожением.

Согласен/не согласен (нужное подчеркнуть) на получение сообщений-напоминаний о записи в ООО «МК Новая медицина» посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных приложениях, социальных сетях.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Контактный телефон (-ы): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии)/почтовый адрес \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись субъекта персональных данных)