

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных (в том числе специальных) данных
пациента ООО «ЭКСПЕРТМЕД»**

Я, _____ ФИО _____ проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ кем _____ когда «__» _____ г. в
соответствии с требованиями ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от
27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения медицинского учета
подтверждаю свое согласие ООО «ЭКСПЕРТМЕД» ИНН 5836640725 (далее – Оператор),
расположенному по адресу: 440000, Пензенская обл., г. Пенза, ул. Кирова, д. 67, и
представителям Оператора на обработку моих персональных данных, включающих:
фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего
личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации
по месту жительства и адрес фактического проживания (почтовый адрес, улица, дом),
контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в
Пенсионном фонде России (СНИЛС) В процессе оказания Оператором мне медицинской
помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень
действий с моими персональными данными: - Обработку (сбор, систематизацию,
накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание,
блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным
способом, исключительно в целях оказания медицинской услуги, а также на хранение
данных об этих результатах на электронных носителях. - Передачу моих персональных
данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным
лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с
возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе
по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и
программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц
Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в
том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и
обязанным сохранять врачебную тайну. - Обработать персональные данные пациентов
в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности,
предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о
состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС
Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947)." - Передавать третьим
лицам мои персональные данные, в случаях, когда такая передача необходима для
оказания услуг, при этом обеспечивается конфиденциальность персональной информации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «ЭКСПЕРТМЕД» Подтверждаю свое согласие на получение сервисных и маркетинговых уведомлений. Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ / ФИО

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных (в том числе специальных) данных
пациента ООО «МИРА»**

Я, _____ ФИО _____ проживающий(ая) по адресу: _____
паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ кем _____ когда _____ «__» _____ г. в
соответствии с требованиями ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от
27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения медицинского учета
подтверждаю свое согласие ООО «МИРА» ИНН 5836695065 (далее – Оператор),
расположенному по адресу: 440008, Пензенская обл., г. Пенза, ул. Пушкина, д. 51, кв. 110
и представителям Оператора на обработку моих персональных данных, включающих:
фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего
личность (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан), адрес регистрации
по месту жительства и адрес фактического проживания (почтовый адрес, улица, дом),
контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в
Пенсионном фонде России (СНИЛС) В процессе оказания Оператором мне медицинской
помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень
действий с моими персональными данными: - Обработку (сбор, систематизацию,
накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание,
блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным
способом, исключительно в целях оказания медицинской услуги, а также на хранение
данных об этих результатах на электронных носителях. - Передачу моих персональных
данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным

лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. - Обработать персональные данные пациентов в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять выгрузку персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в ЕГИСЗ при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947)." - Передавать третьим лицам мои персональные данные, в случаях, когда такая передача необходима для оказания услуг, при этом обеспечивается конфиденциальность персональной информации. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «МИРА» Подтверждаю свое согласие на получение сервисных и маркетинговых уведомлений. Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____ / ФИО