Утверждено
приказом директора
ООО «Мир здоровья»
№ 67-ОД от 16.06.2025 г.

Заявление
пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных), «___»_____ _____ года рождения, проживающая(ий) по адресу: _____, паспорт: серия _____ N _____, выдан «___»_____ _____ г. _____, к.т. _____, email: _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО «Мир здоровья», (далее - Оператор), ИНН 4401090055, в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС), данные паспорта или иного документа удостоверяющего личность, данные полиса ОМС или ДМС, сведения о состоянии здоровья, в том числе группе здоровья, группе инвалидности и степени ограничения к трудовой деятельности, случаях обращения за медицинскими услугами либо медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, информация об оказанных медицинских услугах либо медицинской помощи, в том числе о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, выполненных оперативных вмешательствах, на следующий срок: бессрочно.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я даю согласие на передачу своих вышеуказанных персональных данных иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам.

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством РФ, регламентирующем предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, фондами ОМС (ФОМС, ТФОМС), иными государственными органами.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей

инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____/. «___»_____г.
(подпись, Ф.И.О.)

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора в виде телефонных звонков, сообщений и электронных писем (e-mail) на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона и /или адрес электронной почты.

да ☐ нет ☐.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

да ☐ нет ☐.

Я разрешаю высылать результаты моих анализов и иную документацию, содержащую персональные данные, в том числе данные, отнесенные к врачебной тайне, на мою электронную почту, указанную в настоящем заявлении (в виде сканированного изображения соответствующего бланка).

да ☐ нет ☐.

Я даю свое согласие на получение кассового чека в электронной форме на указанный мной в настоящем заявлении адрес электронной почты.

да ☐ нет ☐.

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается Оператором. Я уведомлен(а) и согласен, что за взлом почтового ящика и утечку информации Оператор ответственности не несет.

_____/_____/. «___»_____г.
(подпись, Ф.И.О.)