СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Санкт-Петербург «___» _____ 2025 г.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

_____серия_____№ _____выдан_____
(вид документа, удостоверяющий личность)

_____,
(кем и когда)

проживающий(ая) по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента_____
_____
(Ф.И.О. пациента)

_____серия_____№ _____выдан_____
(вид документа, удостоверяющий личность)

_____,
(кем и когда)

проживающий(ая) по адресу _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку _____ (далее - Оператор) моих (представляемого) персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня (представляемого) или других лиц.

Персональные данные, на обработку которых, я даю свое согласие включают следующую информацию: мои (представляемого) фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес, контактные данные, профессия, место работы, реквизиты страхового полиса, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), сведения о факте моего (представляемого) обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего (представляемого) здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, включая мои (представляемого) биометрические данные, сведения об установленном диагнозе, о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей (представляемого) личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору.

Мои (представляемого) персональные данные могут быть получены Оператором как от меня (представляемого) лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обработка моих (представляемого) персональных данных включает любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими (представляемого) Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности может предоставить мои (представляемого) Персональные данные третьему лицу, в том числе немедицинской организации, а также в случаях привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях.

Я согласен с тем, что обработка моих (представляемого) персональных данных будет осуществляться в соответствии со страховым законодательством и иным законодательством РФ, в случае оказания мне (представляемому) медицинских услуг по программам обязательного и (или) добровольного медицинского страхования.

Я согласен с тем, что Оператор в связи с передачей, принадлежащих ему функции и полномочий иному лицу имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и (или) документы, содержащие мои (представляемого) Персональные данные, в т.ч. согласен на передачу данных в систему ЕГИСЗ (РЭМД)..

Я согласен с тем, что обработка моих (представляемого) Персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, который определяется законодательством РФ. Например, срок хранения амбулаторной карты стоматологического пациента составляет пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора все равно остаются основания для обработки моих (представляемого) Персональных данных, предусмотренные законодательством РФ.

Подписывая согласие на обработку моих (представляемого) персональных данных, я подтверждаю, что имел (а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно.

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)