



Согласие на обработку персональных данных

г. Москва

Я, Заказчик по Договору на оказание платных медицинских услуг, сообщаю о себе следующие сведения:

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО			
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ			
ПАСПОРТ: СЕРИЯ, №	КЕМ ВЫДАН		
ДАТА ВЫДАЧИ	КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ		
ФИО ПРЕДСТАВЛЯЕМОГО ЛИЦА *			

* Заполняется, если Заказчик по Договору и Пациент не совпадают. Перечень обрабатываемых данных Заказчика, не являющегося Пациентом/, ограничен: ФИО (при наличии); номер телефона / адрес электронной почты; данные документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства / регистрации.

Даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных / персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, а именно на совершение действий, предусмотренных ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Оператору персональных данных — Обществу с ограниченной ответственностью «Рич-Мед Эстетикс 2» (ООО «Р-МЭ2»), юридический адрес: 125047, г. Москва, ул. 2-я Тверская-Ямская, д. 18, этаж 1, пом. V, ком. № 1, — на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(-е) телефон(-ы), адрес электронной почты, возраст; реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность / данные страхового номера индивидуального лицевого счёта (СНИЛС); место работы, занимаемую должность, данные о трудовой деятельности; сведения о состоянии здоровья родственников в вопросах наследственности; реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (при необходимости их использования при оформлении документации); фото- / видеоизображение; данные о состоянии моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Я предоставляю право работникам на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

ООО «Р-МЭ2» вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчётные формы,

предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

В интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения я **предоставляю / не предоставляю** (нужное подчеркнуть) право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг, за исключением случая оказания неотложной и экстренной медицинской помощи, когда ООО «Р-МЭ2» обязано предоставить указанные данные.

ООО «Р-МЭ2» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе медицинского страхования на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой организацией и территориальным фондом ОМС (при наличии соответствующих договоров), а также передавать соответствующую информацию в порядке ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Срок хранения персональных данных соответствует сроку действия Договора на оказание платных медицинских услуг. ООО «Р-МЭ2» вправе осуществлять обработку персональных данных бессрочно, но исключительно в медико-профилактических целях.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю от Оператора.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку персональных данных (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной медицинской помощи и обеспечить их сохранность, а также за исключением обработки в медико-профилактических целях ввиду законодательно установленной для медицинских организаций обязанности.

Согласие на информирование [ОТМЕТЬТЕ ВЫБРАННОЕ](#)

Я даю / не даю (нужное подчеркнуть) согласие на получение:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ информации о произведённой записи на приём к врачу | ☐ напоминания о предстоящей процедуре | ☐ об отмене / переносе приёма при изменении расписания специалистов |
| ☐ информации о новых продуктах и услугах | ☐ информации об акциях и скидках на товары и услуги | |

СМС, ЗВОНОК, WHATSAPP
НА НОМЕР

ПИСЬМО НА E-MAIL

Заказчик

ПОДПИСЬ

Ф. И. О. ПОЛНОСТЬЮ

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ

Пациент — если не совпадает с Заказчиком

ПОДПИСЬ

Ф. И. О. ПОЛНОСТЬЮ

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ