

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,

ФИО полностью

дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ года, место рождения \_\_\_\_\_

адрес места жительства: \_\_\_\_\_

почтовый адрес: \_\_\_\_\_

данные документа удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

наименование документа

серия, номер документа

наименование органа выдавшего документ и дата выдачи документа

код подразделения: \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» принял решение о предоставлении моих персональных данных и настоящим даю свободно, своей волей и в своем интересе согласие Обществу с ограниченной ответственностью Диагностический Центр «НАДЕЖДА», адрес места нахождения: 392022, Россия, Тамбовская обл., г.о. город Тамбов, г. Тамбов, ул. им. Юрия Гагарина, д. 19А, помещ. 2, ком. 17, ОГРН 121680005344, ИНН 6829161040, КПП 682901001 (далее Оператор) на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; адрес фактического проживания; почтовый адрес; семейное положение; образование; занятость; место работы, должность; группа крови; Rh-фактор; группа здоровья; инвалидность; рост; вес; страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; номер полиса добровольного медицинского страхования; данные страховой организации; состав семьи; состояние в браке; сведения о факте, времени, частоте обращений в медицинскую организацию; стоимость оказанных медицинских услуг; состояние здоровья; факт обращения за оказанием медицинской услуги; факт обращения за оказанием медицинской помощи; номер медицинской карты; анамнез; предварительный диагноз; диагноз; код диагноза; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи/услуги; условия оказания медицинской помощи/услуги; сроки оказания медицинской помощи/услуги; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью/услугой; результат выполненных исследований (лабораторных исследований, клинических лабораторных исследований, функциональных исследований, рентгенологических исследований, эндоскопических исследований ультразвуковых исследований и других исследований, проводимых Оператором (далее - исследования)); основные симптомы; информация о наличии осложнений; описание медицинских вмешательств (манипуляций, операций); ограничения к проведению исследований; анатомическая область и (или) орган (органы), подлежащие обследованию; вид исследования; цель исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача (фельдшера, акушерки); сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь/услугу, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; сведения о медицинских вмешательствах, их результаты и последствия; сведения об обследованиях, лечении, реабилитации; жалобы; данные об интимной жизни; серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения об оказанных медицинских услугах; примененные порядки и стандарты медицинской помощи; примененные клинические рекомендации; аллергические реакции; противопоказания; перенесенные заболевания; данные о принимаемых лекарственных препаратах; биологические факторы, которые могут влиять на результат медицинских услуг/помощи/исследований; сопутствующие заболевания; цели, методы оказания медицинской помощи и связанный с ними риск; вид биоматериала; тип пробы или указание локализации, откуда был взят биоматериал, и способ взятия; эпидемиологическая информация; дата и время назначения исследования; дата и время взятия биоматериала; дата и время доставки биоматериала; характер выявленных изменений исследуемого органа (ткани); фамилию, имя, отчество (при наличии) и должность медицинского работника, назначившего исследование; наименование медицинской организации, которая направляет биоматериал для проведения исследования; наименование медицинской организации, в которую направляется биоматериал для проведения исследования; наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для проведения исследования; наименование медицинской организации, направляющей пациента на исследование, адрес ее местонахождения; контактный телефон (при наличии), адрес

электронной почты (при наличии) лечащего врача или сотрудника медицинской организации, направившего биоматериал; результат исследований; информация о медицинском изделии, с использованием которого проводилось исследование (наименование медицинского изделия, номер и дата регистрационного удостоверения, наименование производителя, дата производства, номер серии /партии медицинского изделия); технические особенности ультразвуковой диагностической системы; характеристики ультразвукового исследования; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, которые проводят исследования; сведения о результатах исследований; информацию о патологических процессах; аудио- фото- и видео- изображение; голос; номер телефона, адрес электронной почты. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг. Я даю согласие Оператору на совершение Оператором любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых 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. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении и описью вложения либо вручен лично под расписку Оператора. В случае отзыва настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Мое согласие на обработку персональных данных является конкретным, предметным, информированным, сознательным и однозначным.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
расшифровка подписи

