

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)  
дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт/иной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
место рождения \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_  
зарегистрированный по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны \_\_\_\_\_  
контактные адреса электронной почты \_\_\_\_\_  
**являющийся (зачеркнуть ненужное):**

### 1). ПАЦИЕНТОМ (субъектом персональных данных)

### 2). законным представителем ПАЦИЕНТА (субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего или недееспособного ПАЦИЕНТА, от имени которого действует законный представитель)  
дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт/иной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
место рождения \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_  
зарегистрированный по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны \_\_\_\_\_  
контактные адреса электронной почты \_\_\_\_\_  
действующим на основании \_\_\_\_\_  
(документ, подтверждающий статус родителя, усыновителя, опекуна или попечителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», выражаю свое согласие на обработку Оператором – ООО «Доктор Гущин» адрес: Гурьевск, Пражский бульвар 3 Б, пом. 129 **моих персональных данных / персональных данных Пациента, указанного в настоящем согласии, законным представителем которого я являюсь**, включающих в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, семейное положение, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, контактные телефоны, контактные адреса электронной почты, гражданство, данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность в соответствии с законодательством РФ (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о фактах обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, в том числе анамнезе и диагнозе, результатах исследования биоматериала, а также изображение физического лица (субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии), аудиозапись его голоса и видеозапись оказания ему в ООО «Доктор Гущин» медицинских услуг, и иную информацию, полученную при обследовании и лечении, в целях:

- оказания пациенту - субъекту персональных данных, указанному в настоящем согласии, медицинских услуг, в том числе установление медицинского диагноза и оказание всех необходимых видов медицинской помощи и ведения медицинской документации;

- улучшения качества обслуживания пациента - субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии, в том числе предоставления сведений, связанных с исполнением договора оказания медицинских услуг (в том числе сведений о состоянии здоровья, о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, о специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусах с помощью смс-информирования, почтовой рассылки на указанные в настоящем согласии адреса электронной почты и/или номера мобильного телефона).

Я предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии, включая их сбор, запись, систематизацию, накопление (в том числе включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами, регламентирующими оказание медицинских услуг медицинскими организациями), хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, а также передачу в необходимом объеме любыми законными способами в другие медицинские и страховые организации, состоящие с ООО «Доктор Гущин» в

договорных правоотношениях в соответствии с вышеуказанными целями обработки персональных данных и законодательством РФ.

Я согласен с получением от Оператора (ООО «Доктор Гуцин») информации, содержащей персональные данные субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии (включая сведения, относящиеся к врачебной тайне) посредством смс-сообщений и электронных сообщений на указанные в настоящем согласии номера мобильного телефона и адреса электронной почты.

Я согласен с ведением Оператором (ООО «Доктор Гуцин») аудиозаписи и видеозаписи с использованием технических средств, размещённых в помещениях ООО «Доктор Гуцин», в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности в течение всего времени взаимодействия субъекта персональных данных, указанного в настоящем согласии, с медицинскими работниками ООО «Доктор Гуцин», и с последующим хранением ООО «Доктор Гуцин» полученных таким образом аудио- и видеозаписей.

Я подтверждаю, что указанные в настоящем согласии сведения (в том числе номера мобильного телефона и адреса электронной почты) являются достоверными и принадлежат субъекту персональных данных, указанному в настоящем согласии.

Настоящее согласие даётся мной на срок, равный установленному законодательством РФ максимальному сроку хранения медицинской документации.

---

(ФИО заявителя полностью)

---

(подпись заявителя)