

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. полностью)  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
проживающий(ая) по адресу : \_\_\_\_\_,  
в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю  
согласие ООО «\_\_\_\_\_», расположенной по адресу  
г. \_\_\_\_\_ и представителям ООО «\_\_\_\_\_», на обработку  
моих персональных данных (данных моего ребенка)  
\_\_\_\_\_, включающих в себя:

(Ф. И. О. полностью)  
фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания ООО «\_\_\_\_\_» мне (моему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право представителям ООО «\_\_\_\_\_» передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «\_\_\_\_\_» в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Предоставляю ООО «\_\_\_\_\_» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «\_\_\_\_\_» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара), 5 лет (для поликлиники или частной медицинской организации).

Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя ООО «\_\_\_\_\_».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО «\_\_\_\_\_» обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_