

Приложение № 1  
к Договору на оказание платных  
медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

**Я, ПАЦИЕНТ**

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения,  
место рождения: \_\_\_\_\_,  
паспорт, серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,  
(дата и наименование выдавшего органа)  
код подразделения \_\_\_\_\_,  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_,  
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)  
Контактный телефон \_\_\_\_\_,  
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)  
адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку Оператором Общество с ограниченной ответственностью «Венгер», место нахождения: г. Красноярск, ул. Петра Ломако, д.2, персональных данных Заказчика/Пациента, включающих в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, контактные адреса электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа удостоверения личности), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и иную информацию, полученную при обследовании и лечении (далее – персональные данные) информирования об услугах клиники, о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусов, предоставления иных, связанных с исполнением договора оказания медицинских услуг, сведений, путем использования средств телемедицины для оказания медицинских услуг, исследований удовлетворенности качеством оказанных услуг и продвижения услуг Оператора на рынке с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки.

Я подтверждаю свое согласие на обработку Оператором персональных данных Пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов, с целью информирования о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, в целях проведения маркетинговых и статистических исследований/программ, в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки, а для оказания услуг по средствам телемедицины – путем использования информационных и телекоммуникационных каналов связи.

Я подтверждаю, что указанный в настоящем согласии номер мобильного телефона, является достоверным и принадлежит мне (Пациенту) на основании надлежащего договора об оказании услуг связи, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя (имя Пациента) и используется мною (Пациентом).

В процессе оказания Оператором медицинских услуг предоставляю право Оператору передавать номера контактных телефонов, e-mail и персональные данные другим операторам, Заказчику медицинской услуги\*, а также

(полное наименование юридического/ ФИО физического лица Заказчика и его адрес)

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, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление доступа), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, обработку посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, , договору, заключенному Оператором с Заказчиком или медицинским учреждением-соисполнителем.

Я ознакомлен и даю согласие на то, что при обработке персональных данных они могут передаваться по незащищенным (открытым) каналам связи. Я ознакомлен с тем, что передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

Я уведомлен, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Настоящее согласие дано с даты подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- 1 прекратить обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи,
- 2 по истечении срока хранения моих персональных данных, установленного законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

---

(Заполняется при отказе от одного или нескольких перечисленных в согласии действий путем указания «Я отказываюсь от \_\_\_\_»)

- Настоящим заявлением я прошу и даю свое согласие осуществлять пересылку результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований, произведенных в рамках Договора на указанный мной выше адрес электронной почты (в случае согласия).
- Настоящим заявлением я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанной оферты) следующим лицам:

---

**Я согласен** -(на) на обработку персональных данных, описанных в данном согласии.

**Я не согласен** -(на) на обработку персональных данных, описанных в данном согласии.

(НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ)

---

(ФИО заявителя)

---

(подпись заявителя)