



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

Я, ПАЦИЕНТ, _____
 (Ф.И.О. полностью)
 гражданин _____ пол (М/Ж): _____ дата рождения: _____

 (страна)
 место рождения: _____
 паспорт: _____ выдан: _____

 (серия и номер) _____ (когда и кем)
 _____ код подразделения: _____
 зарегистрированный(ая) по адресу: _____

 (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
 фактически проживающий(ая) по адресу: _____

 (адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: _____ E-mail: _____

 (укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)

или законный представитель пациента (далее – Представитель пациента):

Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА, _____
 (Ф.И.О. полностью)
 дата рождения: _____ место рождения: _____
 паспорт: _____ выдан: _____

 (серия и номер) _____ (когда и кем)
 _____ код подразделения: _____
 зарегистрированный(ая) по адресу: _____

 (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
 контактные телефоны: _____ E-mail: _____

 (укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)

на основании: _____

 (степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)
 представляющий интересы Пациента: _____

 (Ф.И.О. пациента полностью)
 гражданина _____ пол (М/Ж): _____

 (страна) _____ дата рождения: _____
 место рождения: _____
 паспорт: _____ выдан: _____

 (серия и номер) _____ (когда и кем)
 _____ код подразделения: _____
 зарегистрированного(ой) по адресу: _____

 (адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
 фактически проживающего(ей) по адресу: _____

 (адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующим Операторам:

> **Акционерному обществу «Группа компаний «Медси» (АО «Группа компаний «Медси»)**, ОГРН 5067746338732, ИНН 7710641442, адрес (место нахождения): РФ, 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3 А. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____;
 > **Акционерному обществу «Медси 2» (АО «Медси 2»)**, ОГРН 1037704021992, ИНН 7704261185, адрес (место нахождения): РФ, 119021, г. Москва, Большая Пироговская, д. 7. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____,
 далее по тексту совместно – Операторы.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Операторов, но не ограничиваясь: «Медialog», «ИнфоКлиника», «Smartmed», «Microsoft Dynamics CRM, Microsoft BI, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского

диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2» в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Операторами способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2» и лицам, входящим в АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2», в том числе дочерним компаниям и аффилированным лицам АО «Группа компаний «Медси» и/или АО «Медси 2», а также по защищенным каналам связи (на машинном носителе) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Операторов: АО «Медси 2», 119021, г. Москва, Большая Пироговская, д. 7, ИНН 7704261185; АО «Группа компаний «Медси», 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3А, ИНН 7710641442; ООО «Медси Санкт-Петербург», ИНН 7826117076, 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Марата, д. 6; ООО «Медси-Пермь», ИНН 5902038996, 614990, Пермский край, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 43/1, 2 этаж помещение 27; АО «Медси-Здоровье», 123056, г. Москва, Грузинский переулок, д. 3А, ИНН 7710703674; ПАО «Мобильные ТелеСистемы» (ПАО «МТС»), 109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4, ИНН 7740000076; ООО «Пост Модерн Технолоджи», 117571, г. Москва, проспект Вернадского, д. 105, к. 2, офис 91, ИНН 7729387775; ; ООО «ЭсТуЭс Некст», 123557, г. Москва, ул. Пресненский вал, д.27, стр. 8, ИНН 7703818219; ООО «Манзана», 105082, Москва, ул. Фридриха Энгельса, д. 75, стр. 5, ИНН 7701932396; АО «Энвижн Групп», д. 7, офис 515, ИНН 509046778; ООО «Лаборатория Гемотест», 107045, г. Москва, Рождественский Бульвар, д. 21, стр. 2, ИНН 7709383571; ООО «НПФ «ХЕЛИКС», 194044 г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский проспект, д. 20, лит. А, ИНН 7802122535; ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, 3А, ИНН 7720024671; ООО Лаборатория «Литех», 107023, г. Москва, М. Семёновская, д. 3А, стр.2, ИНН 7718844243; ООО «СИСТЕМА-БИОТЕХ», 119034, г. Москва, Гагаринский пер., д.29, помещение I, ИНН 7704428807; _____ 6) блокирование; 7) уничтожение.

Операторы также 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). Операторы имеют право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора¹, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Операторам, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторах, о месте их нахождения, о наличии у Операторов персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Операторов уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Операторам с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Операторами, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Операторами; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Операторы при обработке персональных данных обязаны принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Пациент/Представитель пациента): _____

/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявляю о своем согласии на разглашение Акционерным обществом «Группа компаний «Медси», Акционерным обществом «Медси 2» (далее – Медицинские организации) сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинским организациям предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:

_____/ФИО гражданина, название юридического лица, которому передается информация о состоянии здоровья, медицинская документация, контактный телефон/

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанным выше лицам следующими способами:

- лично;
- заказным письмом (указать адрес) _____;
- по электронной почте (указать адрес) _____.

Мне разъяснено, что Медицинскими организациями не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента): _____

/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

¹ Договор на оказание медицинских услуг, заключенный с Пациентом/Представителем пациента/Страховой компанией)