

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

Я, _____
(Ф. И. О. полностью)
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

проживающий(ая) по адресу: _____
_____, _____ г.р.

**Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо
нетрудоспособных лиц**

Я, _____
(Ф. И. О. полностью)
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

проживающий(ая) по
адресу: _____
_____ г.р.

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным

(Ф.И.О. Ребенка или недееспособного лица полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Индивидуальному Предпринимателю Левит Артуру Яковлевичу (далее – Оператор) и представителям Оператора, оказывающим медицинские услуги по адресу: г. Симферополь, улица Никанорова 4 секция 5 помещение к1 и в других структурных подразделениях, указанных в лицензии Оператора, на обработку моих персональных данных (лица, законным представителем которого я являюсь), включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес прописки, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении, данные, документов, подтверждающих право быть законным представителем пациента, данные рентгенологических исследований, данные УЗИ, данные других диагностических и лабораторных исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные консультативных приемов в медицинских организаций – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, лечения, в целях необходимых для ведения Оператором его деятельности.

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

Предоставляю право Оператору, представителям Оператора на передачу и обработку моих персональных данных (лица, законным представителем которого я являюсь) третьим лицам, необходимое для ведения деятельности Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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 Оператора.

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

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

_____ 2026 г
(дата)

(подпись и ФИО субъекта персональных данных (законного представителя)) ✓

Оператор _____

