

от {фιο пациента}
номер телефона: {моб_телефон пациента}
адрес электронной почты: {email пациента}
почтовый адрес: {адрес_пациента}

Согласие на обработку персональных данных.

Я, {фιο_пациента}, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие обществу с ограниченной ответственностью «Эндохирургический Центр» (ООО «Эндохирургический Центр») на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе, но не ограничиваясь: ведение системы персонифицированного учета и в иных установленных законом целях.

Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

№ п/п	Состав персональных данных	Согласие	
		ДА	НЕТ
1	Фамилия		
2	Имя		
3	Отчество (при наличии)		
4	Год, месяц, дата и место рождения		
5	Адрес		
6	СНИЛС		
7	Данные документа удостоверяющего личность (паспорт)		
8	Номер телефона		
9	Адрес электронной почты		
10	Сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении		
11			

Другая информация, относящаяся к субъекту персональных данных

Полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для сотрудников.

Настоящее согласие действует неопределенный срок.

Субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

{фιο_пациента (сокращенное)} _____ {текущая_дата}
Подпись

Примечание: отказ пациента на обработку персональных данных по любому из пунктов 1-5, 7, 10 влечет невозможность заключения договора на оказание платных медицинских услуг, невозможность формирования ИДС, невозможность персонифицированного учета, и как следствие невозможность оказания медицинских услуг. В данной ситуации, исходя из такого ВАШЕГО РЕШЕНИЯ, следует обратиться в иную медицинскую организацию.

Отказ пациента на обработку персональных данных по пункту 6 влечет невозможность оформления листа временной нетрудоспособности, а также невозможность передачи данных в ЕГИСЗ, невозможность информирования страховой компании (при обращении по программе ДМС), иное взаимодействие с государственными органами.

Отказ пациента на обработку персональных данных по пунктам 8, 9 влечет невозможность оперативной связи с Вами для информирования по вопросам даты и времени приема, готовности результатов анализов/обследований и передачи Вам иных сведений.

от {фио_пациента}
 номер телефона: {моб_телефон_пациента}
 адрес электронной почты: {email_пациента}
 почтовый адрес: {адрес_пациента}

Согласие на обработку персональных данных для распространения.

Я, {фио_пациента}, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие обществу с ограниченной ответственностью «Эндохирургический Центр» (ООО «Эндохирургический Центр») на распространение (передачу, предоставление) своих персональных данных посредством медицинской информационной системы (программа) «Renovatio», адрес: <http://10.140.0.208:3010> с целью соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе, но не ограничиваясь: ведение системы персонифицированного учета, передачи данных в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), взаимодействия с лабораториями-партнерами, для оказания экстренной медицинской помощи (вызов санавиации, неотложная госпитализация в государственные медицинские учреждения), и в иных установленных законом целях.

Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

№ п/п	Состав персональных данных	Согласие	
		ДА	НЕТ
1	Фамилия		
2	Имя		
3	Отчество (при наличии)		
4	Год, месяц, дата и место рождения		
5	Адрес		
6	СНИЛС		
7	Данные документа удостоверяющего личность (паспорт)		
8	Номер телефона		
9	Адрес электронной почты		
10	Сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении		
11			

Другая информация, относящаяся к субъекту персональных данных

Полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для сотрудников.

Настоящее согласие действует неопределенный срок.

Субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

{фио_пациента_сокращенное} _____ {текущая_дата}
 Подпись

Примечание: отказ пациента на обработку персональных данных по любому из пунктов 1-5, 7, 10 влечет невозможность оказания Вам медицинских услуг, выполняемых нашими партнерами (сторонние лаборатории, ООО «Центр Педиатрии», ООО «ПРОТОН»).

Отказ пациента на обработку персональных данных по пункту 6 влечет невозможность оформления листа временной нетрудоспособности, а также невозможность передачи данных в ЕГИСЗ, невозможность информирования страховой компании (при обращении по программе ДМС), иное взаимодействие с государственными органами, в том числе для наших партнеров.

Отказ пациента на обработку персональных данных по пунктам 8, 9 влечет невозможность оперативной связи с Вами нашими партнерами для информирования по вопросам даты и времени приема, готовности результатов анализов/обследований и передачи иных сведений.