

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ »  
\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ наименование органа, выдавшего документ  
контактный телефон: \_\_\_\_\_, адрес электронной почты (при наличии):  
\_\_\_\_\_,  
действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего (недееспособного) лица — пациента:  
\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения; заполняется законным представителем  
на основании \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя

свободно, своей волей и в своём интересе даю согласие ООО «ЭЛИТМЕД» (ОГРН 1266100010065, ИНН 6154171399, адрес: 347900, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Александровская, д. 71/15, ком. 27) — далее Оператор — на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) на следующих условиях.

### 1. Цели обработки персональных данных

- оказание медицинской помощи и медицинских услуг, ведение медицинской документации, обеспечение преемственности оказания медицинской помощи;
- заключение и исполнение договора об оказании платных медицинских услуг, осуществление расчётов и выдача документов, подтверждающих расходы, в том числе для получения социального налогового вычета;
- запись на приём, подтверждение записи, напоминание о времени приёма, информирование о готовности результатов исследований;
- исполнение обязанностей, возложенных на Оператора законодательством в сфере охраны здоровья, включая передачу сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения;
- рассмотрение моих обращений и подготовка ответов на них.

### 2. Перечень персональных данных, на обработку которых даётся согласие

Фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; адрес места жительства (регистрации); реквизиты документа, удостоверяющего личность; страховой номер индивидуального лицевого счёта и реквизиты полиса медицинского страхования (в случае их предоставления); контактный телефон; адрес электронной почты (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах и их оплате; реквизиты законного представителя и документа, подтверждающего его полномочия.

Специальные категории персональных данных: сведения о состоянии здоровья — жалобы, анамнез, результаты осмотров, лабораторных и инструментальных исследований, диагнозы, назначения и рекомендации. Обработка указанных сведений осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять врачебную тайну (пункт 4 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).

### 3. Перечень действий с персональными данными и способы их обработки

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) в случаях, предусмотренных законодательством

Российской Федерации, блокирование, удаление, уничтожение, обезличивание. Обработка осуществляется смешанным способом — с использованием средств автоматизации и без использования таких средств. Персональные данные обрабатываются и хранятся на территории Российской Федерации; трансграничная передача не осуществляется.

#### 4. Способы связи со мной

Я согласен(на) на получение от Оператора по указанному мною номеру телефона звонков и сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг, в том числе для подтверждения записи, напоминания о приёме, сообщения о переносе или отмене приёма и о готовности результатов исследований (нужное отметить):

- телефонный звонок ☐ да ☐ нет
- SMS-сообщение ☐ да ☐ нет
- сообщение в мессенджере на указанный номер ☐ да ☐ нет
- сообщение на адрес электронной почты ☐ да ☐ нет

Сведения о состоянии здоровья и результаты исследований по телефону и в сообщениях сообщаются только мне лично после идентификации по указанному номеру телефона и сведениям, известным сторонам.

#### 5. Передача сведений о состоянии здоровья иным лицам

В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ информация о моём состоянии здоровья может быть передана следующим лицам (заполняется по желанию):

- 1) \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии), степень родства (отношение)
- 2) \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Если строки не заполнены, сведения третьим лицам не передаются, за исключением случаев, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

#### 6. Срок действия согласия и порядок его отзыва

Согласие действует со дня его подписания и до достижения целей обработки персональных данных. Согласие может быть отозвано в любое время путём подачи письменного заявления по адресу: 347900, Ростовская область, г. Таганрог, ул. Александровская, д. 71/15, ком. 27, либо на адрес электронной почты mc.elitmed@mail.ru. В случае отзыва согласия Оператор прекращает обработку персональных данных и уничтожает их в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления отзыва, за исключением сведений, которые Оператор обязан хранить в силу требований законодательства Российской Федерации (медицинская документация, документы бухгалтерского и налогового учёта). Отзыв согласия не влияет на законность обработки, осуществлённой до его поступления.

#### 7. Подтверждения

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с Политикой в отношении обработки персональных данных ООО «ЭЛИТМЕД», размещённой на сайте <https://mc-elitmed.ru/politika/> и на информационном стенде, а также с моими правами, предусмотренными Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Персональные данные, указанные мною, являются достоверными.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
дата подпись, расшифровка подписи

Согласие принял, личность субъекта персональных данных установлена:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
должность работника Оператора подпись, расшифровка подписи