Наименование оператора обработки персонифицированных данных ООО "МЦ "ЗДРАВГОРОД":
Адрес: 656906, г.Барнаул, проезд Кубанский,2а. ОГРН 1102225002472, ИНН 2225108060, КПП 222501001

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящее согласие оформляется в соответствии с требованиями ст.9 федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27.07.2006г. "О персональных данных"

Я, (ФИО полностью)_____

Документ, удостоверяющий личность: _____

_____ **Телефон:** _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, принял(а) решение о предоставлении моих персональных данных ООО "МЦ "ЗДРАВГОРОД", адрес: 656906, Алтайский край, г. Барнаул, рп Южный, проезд Кубанский, д. 2а (далее — Оператор), и даю согласие на их обработку в целях оказания медицинских услуг.

Я уведомлен о том, что мои персональные данные будут обрабатываться после отзыва согласия в случаях, предусмотренных законодательством.

Я даю согласие на обработку следующих категорий моих персональных данных: Фамилия, имя, отчество; Тип, серия и номер документа, удостоверяющего личность; Дата выдачи документа, удостоверяющего личность, и информация о выдавшем его органе; Год рождения, Месяц рождения; Дата рождения; Номер контактного телефона; Данные полиса ОМС, ДМС (при наличии); Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Я даю согласие на обработку специальных категорий моих персональных данных. Я разрешаю использовать мои персональные данные (адрес проживания, номер телефона, адреса электронной почты) для связи со мной представителей Оператора.

Я даю согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных и совершение следующих действий с ними: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я выражаю своё желание, чтобы Оператор направлял результаты исследований на электронную почту по адресу:_____ .
Адрес электронной почты подтверждаю. О последствиях передачи персональных данных с использованием электронной почты, сети общего пользования Интернет предупрежден(а), и принимаю на себя всю ответственность в связи с передачей персональных данных посредством выше указанных способов в полном объеме.

□ **даю согласие на** □ **отказываюсь от** (нужное отметить) **направления мне информации рекламного характера от Оператора.**

Настоящее Согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право в любой момент отозвать настоящее согласие путем личного обращения к Оператору по адресу 656906, Алтайский край, г. Барнаул, рп Южный, проезд Кубанский, д. 2а или путем направления письменного запроса Оператору по тому же адресу.

_____/_____/ ___ _____ 20___ г.
ФИО подпись

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:_____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:_____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в ООО «Медицинский центр «ЗДРАВГОРОД».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

□ **Даю согласие на предоставление** □ **Отказываюсь от предоставления** (нужное отметить) в медицинскую организацию, к которой я прикреплен для медицинского обслуживания, выписки из медицинской карты по результатам проведения периодического медицинского осмотра.

□ **Даю согласие на предоставление** □ **Отказываюсь от предоставления** (нужное отметить) в Фонд социального страхования Российской Федерации, информации о результатах, а также заключения по результатам периодического медицинского осмотра.

□ **Даю согласие на регистрацию** □ **Отказываюсь от регистрации** (нужное отметить) заключения, полученного по результатам периодического медицинского осмотра в форме электронного документа в Федеральном реестре электронных медицинских документов.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе, после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«___» _____ _____ г.
(дата оформления)