

## Приложение № 2

к ОФЕРТЕ о заключении договора на оказание платных медицинских услуг

### ФОРМА

#### Согласие на обработку персональных данных

1.1. Я, Пациент, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

гражданин \_\_\_\_\_

пол \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

(страна)

паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер)

код подразделения

прописанный(ая) по адресу \_\_\_\_\_

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны \_\_\_\_\_

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

электронная почта \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого, выступает законный представитель)

дата рождения \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

свободно, своей волей и в своем интересе даю Оператору - Обществу с ограниченной ответственностью «Общество с ограниченной ответственностью «МЕДЭСТ», ОГРН 1167746687987, ИНН 9717034553, КПП 771401001, адрес место нахождения: г. Москва, Муниципальный округ Хорошевский, ул. Викторенко, д. 16, стр. 1, помещение 13, согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных лица (несовершеннолетнего, недееспособного или ограниченно дееспособного), чьим законным представителем я являюсь (персональных данных пациента) оператором, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

1.2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

1.3. Целью обработки персональных данных является исполнение договора на оказание медицинских услуг и (или) получение медицинских услуг пациентом. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации.

1.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилия, Имя, Отчество, пол, день, месяц и год и место рождения, гражданство, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, адрес электронной почты, номер телефона, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), изображение гражданина, запись его голоса, видеозапись консультации, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, прямо или косвенно относящиеся к определенному или определяемому физическому лицу, идентифицирующие субъекта персональных данных, которые могут быть получены в ходе оказания медицинских услуг.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора в виде телефонных звонков, sms-сообщений, push-сообщений и электронных писем (e-mail) на указанный мною номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона при прохождении регистрации в личном кабинете Заказчика (Пациента), 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).

Дополнительно я даю согласие на обработку обезличенных персональных данных (информации, которая не позволяет связать данные с субъектом персональных данных), способами обработки, указанными ниже, в целях проведения анализа, статистических и иных исследований.

1.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: любое действие или совокупность действий с персональными данными необходимыми для оказания медицинских услуг, установленные ст. 3 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (смешанная обработка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в том числе передачу персональных данных Заказчика и (или Пациента, представителем которого он является) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по защищенным каналам связи (на машинных носителях) в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена такому лицу.

Я даю согласие на передачу своих вышеуказанных персональных данных и данных Пациента иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам, включая трансграничную (если пользование медицинскими услугами с применением телемедицинских технологий осуществляется за пределами территории РФ).

Наименование, адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных:

1	Общество с ограниченной ответственностью «МЕДЭСТ», ОГРН 1167746687987, ИНН 9717034553, КПП 771401001	г. Москва, Муниципальный округ Хорошевский, ул. Викторенко, д. 16, стр. 1, помещение 13
---	--	---

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством РФ, регламентирующем предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, фондами ОМС (ФОМС, ТФОМС), иными государственными органами.

Настоящим также даю согласие (право) на обработку моих персональных данных как самостоятельно, так и совместно с контрагентами Оператора, в том числе, но не ограничиваясь, на передачу персональных данных (копий/скан-образов документов, содержащих персональные данные) между контрагентами Оператора: \_\_\_\_\_.

Я разрешаю высылать результаты моих анализов и иную документацию, содержащую персональные данные в т.ч. данные отнесенные к врачебной тайне на мою электронную почту, указанную при регистрации в Сервисе (в виде сканированного изображения соответствующего бланка), а также в адрес Оператора для оказания медицинских услуг. Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается Оператором. Я уведомлен и согласен, что за взлом почтового ящика и утечку информации Оператор ответственности не несет.

1.6. Настоящее согласие дано на срок действия договора на оказания медицинских услуг и (или) на срок получения медицинских услуг и действует в течение 5 лет после окончания действия указанного договора и (или) завершения срока оказания медицинских услуг, если иной срок не установлен действующим законодательством РФ.

1.7. Я уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано мной путем направления письменного уведомления Оператору на адрес: г. Москва, Муниципальный округ Хорошевский, ул. Викторенко, д. 16, стр. 1, помещение 13.

Заказчик (Пациент) \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(Фамилия Имя Отчество полностью, подпись, дата)

Подписано с помощью электронной подписи