

# ООО «Профмедпомощь»

ОГРН 1117746038651

ИНН 7716680381

129346, Москва, вн. тер. г муниципальный округ Лосиноостровский, ул. Минусинская д.3,

помещ 1/1

Тел 8 (499)184-55-11, 8 (499) 184-55-77

## Согласие несовершеннолетнего пациента на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_,  
(по месту регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_,  
(серия, номер, дата выдачи)  
\_\_\_\_\_,  
(наименование выдавшего органа)

являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

В соответствии с требованиями статей 6 и 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, статьи 13 федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 подтверждаю свое согласие на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг уполномоченными сотрудниками ООО «Профмедпомощь», ОГРН 1117746038651, место нахождения: Россия, 129346, Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Лосиноостровский, ул. Минусинская д.3, помещ 1/1 (далее – «Оператор», «Исполнитель») моих персональных данных, а именно: -

фамилию, имя, отчество, пол, место, дату рождения, гражданство, адрес места жительства и регистрации, адрес электронной почты, контактный телефон;

реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорта);

место работы и занимаемая должность, реквизиты полиса ДМС (при наличии), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России СНИЛС (при необходимости их использования при оформлении документации);

данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случая обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»). В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим медицинским сотрудникам и должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) или совокупность действий (операций) с моими персональными данными, с использованием средств автоматизации или без, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в медицинские карты, в списки или реестры, регламентирующие представление отчетных данных по ДМС.

Я соглашаюсь на передачу персональных данных в организации, с которыми у Исполнителя заключен Договор о сотрудничестве\*.

Срок хранения моих Персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве Согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокировки и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате предоставленных мне до этого медицинских услуг и иного исполнения Договора.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ г.

- \* 1) ООО "КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ"  
2) ООО Лаборатория «Литех»  
3) ООО «Аксиома-Тюмень»