

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. Клиента)

зарегистрированный (ая) по адресу (место проживания): \_\_\_\_\_,

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

действующий (ая) от имени и в интересах Пациента \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Пациента)

#### Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.06г. «О персональных данных» ст.9, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Протезная мастерская доступная среда», адрес: город Иваново, улица Ташкентская, д.84А (далее – Оператор) имеющихся персональных данных.

**В медико– профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, улучшения состояния здоровья, оказания эффективной медицинской помощи, предупреждения угрозы для жизни и здоровья, включающих:**

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные, контактный телефон, e-mail почту, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором услуг по настоящему договору я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющих врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения, передавать персональные данные третьей стране в рамках договорных отношений по оказанию медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моим персональными данными, согласно «Политике в отношении обработки персональных данных», с которой можно знакомиться в свободном доступе в медицинском центре и на сайте.

Способ отзыва данного согласия – собственноручно подписанное заявление на имя Оператора об отзыве согласия на обработку персональных данных любым способом предусмотрено законодательством РФ.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных медицинских данных без согласия субъекта на основаниях, указанных в п. 2–11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона.

Настоящее согласие действует 25 лет.

\_\_\_\_\_  
Число

\_\_\_\_\_  
подпись / \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

#### Согласие на получение информации

Даю свое согласие на получение от представителей/сотрудников ООО «Протезная мастерская доступная среда» информации. Информацию разрешаю направлять мне на телефонный номер +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ и электронную почту (e-mail): \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанных выше телефонного номера и электронной почты.

Время рассылки по СМС с 9:00 до 18:00 по московскому времени, по e-mail – круглосуточно.

Услуга предоставляется бесплатно. Передача информации осуществляется автоматически и не имеет 100% гарантии доставки.

Я уведомлен о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путем направления отказа в свободной форме на e-mail: director@ivprotezmaster.ru. Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения отказа.

\_\_\_\_\_  
Число

\_\_\_\_\_  
подпись / \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

ООО «Протезная мастерская доступная среда», адрес: г. Иваново, ул. Ташкентская, д.84А

ФИО \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_

### Отзыв согласия на обработку персональных данных

Настоящим заявлением я подтверждаю, что выполняю процедуру отзыва субъектом персональных данных

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. субъекта/субъектов персональных данных*

**согласия на обработку его персональных данных оператором — ООО «Протезная мастерская доступная среда».** При этом я ознакомлен, с тем что на основании ч. 1 ст. 21 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ

«О персональных данных» оператор будет обязан прекратить их обработку, а в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение срока в 30 дней оператор осуществляет блокирование таких персональных данных или обеспечивает их блокирование и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами.

**Мне известно, что в случае уничтожения или блокирования моих персональных данных я не смогу получать платные медицинские услуги, поскольку** в соответствии со Статьей 13 «Соблюдение врачебной тайны», Статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства», Статьей 22 «Информация о состоянии здоровья» ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012г. N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», Приказом ФМБА РФ от 30.03.2007 г. № 88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство», Приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности», **обработка моих персональных данных является необходимой и оказание качественных медицинских услуг с соблюдением действующего законодательства невозможно.**

**Также я уведомлен, что после уничтожения или блокирования моих персональных данных я не смогу получить медицинские документы** (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**Я уведомлен, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
число                      месяц                      год

\_\_\_\_\_  
мною лично прочитано

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия имя отчество