

**Согласие Пациента (законного представителя Пациента)  
на обработку персональных данных**

Я, Пациент, \_\_\_\_\_,  
медицинская карта Пациента № \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан</b>
Я, _____, <span style="font-size: small;">(фамилия, имя, отчество - полностью)</span>
паспорт _____ выдан _____, являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента _____
<span style="font-size: small;">(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)</span>
Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным « ____ » _____ г. <span style="font-size: small;">(число, месяц, год)</span>

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (Пациента, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие в целях оказания медицинских услуг, оператору - федеральному государственному автономному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской (далее – Учреждение), расположенному по адресу: 392000, г. Тамбов, Рассказовское шоссе, д. 1, на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, пол, номер контактного телефона, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС) страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам Учреждения передавать мои персональные данные (Пациента, законным представителем которого я являюсь), и сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования (Пациента, законным представителем которого я являюсь) и лечения, другим должностным лицам МНТК, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации.

Учреждение вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, если это не противоречит целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным соблюдать конфиденциальность.

Предоставляю Учреждению право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (Пациента, законным представителем которого я являюсь), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. МНТК вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). МНТК имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от

несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я выражаю свое согласие на получение от Оператора информации о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу (диагностическое обследование), иной информации справочного характера об оказываемых Оператором услугах, распространяемой по сетям электросвязи включая, но не ограничиваясь, следующими способами: направление текстовых сообщений (SMS), телефонные звонки, электронных писем (e-mail) на указанный мной и принадлежащий мне номер телефона, адрес электронной почты. Согласен, что сообщения могут доставляться с использованием любых социальных сетей, web сайта и иных приложений на указанный мной и принадлежащий мне номер телефона: \_\_\_\_\_ и e-mail: \_\_\_\_\_.

Я подтверждаю, что указанная выше электронная почта и номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором связи и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных. Я уведомлен, что могу отказаться от получения информации справочного характера (SMS-рассылки,) путем обращения по телефону \_\_\_\_\_ к Оператору.

В случае моего несогласия (законного представителя Пациента) на обработку персональных данных, Учреждение вправе не оказывать мне консультативные, медико-профилактические, лечебно-диагностические услуги.

Данное Согласие на обработку персональных данных вступает в силу с даты его подписания и действует до отзыва его Пациентом (законным представителем Пациента), хранится в Учреждении в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также иными способами, в соответствии с действующим законодательством.

Я, (законный представитель Пациента), вправе отозвать Согласие посредством составления соответствующего письменного заявления в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручить лично под расписку работнику канцелярии Учреждения. В случае получения моего письменного заявления (законного представителя Пациента) об отзыве согласия, Учреждение прекращает обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Я, (законный представитель Пациента), удостоверяю, что:  
 -права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;  
 -на все вопросы я получил(а) понятные мне ответы;  
 -текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Пациент (законный представитель Пациента):

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (подпись) (Ф.И.О.)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Переводчик подтверждает, что текст настоящего документа и вся содержащаяся в нем информация переведена пациенту в полном объеме; информация, полученная от лечащего врача полностью доведена до пациента.

В присутствии переводчика \_\_\_\_\_  
 (для иностранных граждан) (подпись) (расшифровка подписи)