

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(дата и название выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется законным представителем лица, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина  
Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(дата выдачи и название выдавшего органа)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, иное лицо на основании нотариальной доверенности – нужное подчеркнуть) ребенка:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (далее — Оператор), находящимся по адресу: г. Москва, ул. Большая Дорогомиловская, д.5, моих персональных данных (и представляемого мной ребенка), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), аналоговые изображения, цифровые изображения на цифровых носителях, фотоизображение, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной ребенку) медицинской помощи я предоставляю Оператору право:

- 1) осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в органы и организации, указанные в настоящем согласии), обезличивание, блокирование, уничтожение;
- 2) использовать следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;
- 3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных (медицинскую информационно-аналитическую систему), включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов);
- 4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с Минздравом России и подведомственными ему организациями, с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, с организациями – заказчиками медицинских услуг во исполнение обязательств по договору ДМС, договору на оказание платных медицинских услуг, с использованием машинных носителей информации, документов на бумажных носителях, по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения цели обработки персональных данных, и может быть отозвано мной на основании письменного документа в произвольной форме, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

**Я даю согласие/не даю согласие** (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-

сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер телефона), на пересылку информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого мной ребенка) (результаты обследования) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и номер телефона, на которые разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_.

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя): \_\_\_\_\_.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)