

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку персональных данных

Я, Иванов Иван Иванович,

в соответствии со ст. 9, [п. 4 ст. 9](#), п. 1 ч. 2 ст. 10, ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрированный (ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, проживающий (ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, документ, удостоверяющий личность: паспорт РФ серия 0000 № 000000 выдан «1» января 2020 г. ГУ УУ РФ, код подразделения 200-000, контактный тел.: +7(900)000-00-00, эл. почта: long.email@email.com,

даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Центр лазерной дерматокосметологии и здоровья “Доклазер”» (ОГРН 1027739014533, ИНН/КПП 7707309396 / 772201001), адрес места нахождения: 111250, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Лефортово, Красноказарменная ул., д. 14А, корп. 6, ком. 31Н (далее - «Оператор») на обработку моих персональных данных, включающих в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адрес регистрации/проживания, адрес электронной почты, контактн(ы)е телефон(ы), тип документа, удостоверяющего личность, данные документа, удостоверяющего личность, данные страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), антропометрические, биометрические персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, **в целях** заключения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, установления медицинского диагноза, оказания платных медицинских и медико-социальных услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять **следующие действия** (операции) с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ исключительно в пределах, установленных настоящим Соглашением, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Оператор осуществляет автоматизированную обработку персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора, в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов, используемых Оператором при оказании мне медицинской помощи, **а именно:** Иная информационная система «МИС Медлок», принадлежащая ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947), и в целях предоставления их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru>) для систематизации и хранения моих медицинских заключений, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели, а также без использования средств автоматизации.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные в объеме, необходимом для выполнения медицинской организацией обязанности, предусмотренной п. 16 ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно: осуществлять предоставление персональных данных и сведений о состоянии здоровья граждан в Единую государственную систему в сфере здравоохранения при помощи Иной информационной системы «МИС Медлок», принадлежащей ООО «Медрейтинг» (ИНН: 2311144947).

Меня проинформировали, что Оператор имеет право, исключительно во исполнение своих обязательств по надлежащему и своевременному предоставлению медицинской помощи и контролю качества оказываемой медицинской помощи, предоставлять персональные данные, данные о состоянии моего здоровья, лечения и обследования уполномоченным государственным органам, осуществляющим контроль качества оказания мне медицинской помощи с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или 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) и составляет не более двадцати пяти лет.

Распространение персональных данных или иная их обработка, не предусмотренная настоящим Соглашением, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее Соглашение действует в течение всего срока действия договора об оказании платных медицинских услуг, заключенного с Оператором в целях оказания мне медицинской помощи, но в любом

случае до момента письменного отзыва настоящего Соглашения с моей стороны. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Соглашения на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи в соответствии с заключенным Договором об оказании платных медицинских услуг, кроме случаев, установленных законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

«10» апреля 2026

(подпись субъекта персональных данных)

Согласие получено: «__» _____ 202__ г.

Подпись работника ООО «Центр лазерной дерматокосметологии и здоровья Доклазер»,

принявшего Согласие: _____

(ФИО, должность)

(подпись)