

**Заявление  
пациента о согласии на обработку персональных данных**

Я (ФИО) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. несовершеннолетнего) \_\_\_\_\_ года рождения,

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие **ООО «ЛЮМОС»** (адрес: 344082, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Курортная, дом 6, ИНН: 6164136971, ОГРН: 1226100001412), далее – «Оператор» в целях оказания медицинских услуг моему ребенку на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: 1 год. Я также предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования моего ребенка, лечения и учета следующим лицам: - должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора; - страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам. Я также предоставляю Оператору согласие на направление мне информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: - необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; - осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав или прав моего ребенка при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.  
(подпись) (ФИО)

Согласие получено \_\_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_/Благодырь Ю. М.