

**АО «Медицинские технологии»**

ОГРН 1086672000744, лицензия № ЛО-66-01-006277 от 13.12.2019 г.,

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями ст.9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку акционерным обществом "Медицинские технологии" (многопрофильная клиника «Здоровье 365», далее – Клиника) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС (ОМС), 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 соблюдать врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие врачебную тайну, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения. Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника 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). Клиника имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС (по работе в системе ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

**Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья (заболевании).**

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации, я, \_\_\_\_\_,  
разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) только следующим лицам:  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лиц(а), уполномоченного(ых) получать информацию

---

---

---

Подпись, фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя полностью

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ года и действует бессрочно. Прошу информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье) направлять мне по адресу электронной почты \_\_\_\_\_.

На передаче результатов выполненных мне лабораторных и инструментальных исследований и заключений специалистов открытым и незащищенным каналом (способом) настаиваю. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден. Претензий к АО Медицинские технологии в области связи и информации не имею

---

Подпись, фамилия, имя, отчество полностью

**Разрешаю отправку SMS-оповещения для информирования о готовности выполненных мне лабораторных исследований на указанный телефонный номер +7 \_\_\_\_\_.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

---

Подпись, фамилия, имя, отчество полностью