

ООО «МЕДАКТИВ»

ОГРН 1125040002977, лицензия ЛО-50-01-010687 от 7 марта 2019 года,

**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 ООО «МедАктив» (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 в Клинике 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).

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

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской  
Федерации, \_\_\_\_\_ я,

\_\_\_\_\_, разрешаю передавать  
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) \_\_\_\_\_

ФИО лиц(а), уполномоченного(ых) получать информацию

Подпись, ФИО 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 «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. 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 ООО «МедАктив» в области связи и информации не имею

\_\_\_\_\_  
Подпись, ФИО полностью

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, ФИО полностью