

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ)

Я, Пациент. ФИО, Пациент. Дата рождения года рождения, проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, паспорт:

серия Пациент. Серия \_\_\_\_\_ № Номер \_\_\_\_\_, выдан Дата выдачи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", принимаю решение о предоставлении своих персональных и биометрических данных **Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр профилактики, диагностики и лечения «Мед Профи» (ООО «Мед Профи»)**, ИНН 3906250333 КПП 390601001 ОГРН 1113926040271, юридический адрес: 236004 Российская Федерация, Калининградская область, Калининград город, Дзержинского ул., 78 дом, помещение II (далее – «Оператор персональных данных») и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях:

1. Свободно, своей волей и в своем интересе даю конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку следующих моих персональных данных:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, гражданство, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства (пребывания), идентификационный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, данные полиса ОМС (или ДМС), сведения об образовании, данные о семейном положении, составе семьи, контактные данные (номер абонентского устройства подвижной радиотелефонной связи, адрес электронной почты), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, данные рентгенологических исследований;

б) изображение лица, полученное с помощью фото- и видео- устройств.

2. Свободно, своей волей и в своем интересе даю конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, указанных в пункте 1 настоящего согласия, **Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр профилактики, диагностики и лечения «Мед Профи» (ООО «Мед Профи»)**, ИНН 3906250333 КПП 390601001 ОГРН 1113926040271, юридический адрес: 236034 Российская Федерация, Калининградская область, Калининград город, Дзержинского ул., 78 дом, помещение II, - на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, биометрических персональных данных.

3. 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.

4. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва, но не более 50 лет.
5. Подтверждаю, что проинформирован (проинформирована) о возможности отзыва настоящего согласия на основании положений Федерального закона "О персональных данных" путем личного обращения или направления письменного обращения (в том числе в форме электронного документа, подписанного простой электронной подписью или усиленной квалифицированной электронной подписью), на имя лица, указанного в пункте 2 настоящего Согласия, том числе я проинформирован (проинформирована), что имею право отозвать настоящее согласие в целях прекращения обработки лицом, указанным в пункте 2 настоящего согласия, как всех указанных в пункте 1 настоящего согласия персональных данных, так и отдельно биометрических персональных данных, указанных в подпункте "б" пункта 1 настоящего согласия.
6. Я проинформирован (проинформирована), что лицо, указанное в пункте 2 настоящего согласия, вправе после получения отзыва настоящего согласия, а равно после истечения срока действия настоящего согласия, продолжать обработку моих персональных данных при наличии оснований, предусмотренных частью 2 статьи 9 Федерального закона "О персональных данных".

Документ. Дата

\_\_\_\_\_/Пациент. ФИО