

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я,

_____ ,
(фамилия, имя, отчество Заказчика (Потребителя) или законного представителя)
Документ удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____, Выдан

« ____ » _____ года, СНИЛС _____
телефон _____

адрес места регистрации (с индексом): _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, _____ ,

(фамилия, имя, отчество **представителя субъекта персональных данных** полностью)

СНИЛС _____ телефон _____

адрес места регистрации (с индексом): _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

в соответствии со статьями 9, 10, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) без использования средств автоматизации/с использованием средств автоматизации Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника головной боли», расположенному по адресу: 410056 г.Саратов ул.Бахметьевская 26/28, ИНН 6454141420, ОГРН 1146454002430, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках, предоставленных ООО «Клиника головной боли» или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

Согласен на получение сообщений посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных приложениях, социальных сетях.

« ____ » _____ 20__ г.
(дата)

✓ _____
(подпись)

СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я,

_____,
(фамилия, имя, отчество Заказчика (Потребителя) или законного представителя)
СНИЛС _____ телефон _____
Документ удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____, Выдан
_____ «__» _____ года, адрес места
регистрации (с индексом): _____
_____,
адрес электронной почты (при наличии) _____

| |
|---|
| <p>Раздел заполняется:</p> <ul style="list-style-type: none">– законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,– законным представителем лица, признанного недееспособным,– представителем по доверенности (иному документу). <p>Я, _____, (фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных полностью) СНИЛС _____ телефон _____ Документ удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____, Выдан «__» _____ года, _____ адрес места регистрации (с индексом): _____ _____, адрес электронной почты (при наличии) _____ реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____ _____</p> |
|---|

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» _____ согласие на передачу следующих моих персональных

отметка о даче согласия или его отсутствия

данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника головной боли», расположенному по адресу: 410056 г.Саратов ул.Бахметьевская 26/28, ИНН 6454141420, ОГРН 1146454002430 в ЕГИСЗ: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи, Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении. Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

«__» _____ 20__ г.

✓ _____