

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных**Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных ООО «Детский Госпиталь» (находящемуся по адресу, г. Москва, ул. Молодогвардейская, д.2, к. 1, ИНН 7716728604, КПП 771601001, ОГРН 1127747085509) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент):

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнаружение и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных**Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе специальных и биометрических данных, а также указанных данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент), даю согласие ООО «Детская Клиника» (находящемуся по адресу: 121059, Москва г, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомило, Брянская ул, дом № 7, ИНН 7716787350, КПП 771601001, ОГРН 5147746223763) (далее – Оператор) на обработку моих данных или данных Пациента<sup>1</sup>:\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), свидетельства о рождении, 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 рекомендаций, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, иным органам государственной власти и организациям, в соответствии с законодательством.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Заполняется, если заключение договора планируется в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента, не достигшего 18-него возраста.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных**Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных ООО «Детская стоматология» (находящемуся по адресу: 129090, Москва г, проспект Мира, дом № 36, корпус 1, ИНН 7716519135, КПП 771601001, ОГРН 1057746028141) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента<sup>1</sup>, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент):\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнаружение и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Заполняется, если заключение договора планируется в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента, не достигшего 18-него возраста.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных**Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных ООО «Детская стоматология №2» (находящемуся по адресу: 117335, Москва г, Гарibaldi, дом № 15, ИНН 7716652715, КПП 771601001, ОГРН 1097746708146) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента<sup>1</sup>, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент):\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнаружение и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Заполняется, если заключение договора планируется в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента, не достигшего 18-него возраста.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных**Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных ООО «Клиника Фэнтези» (находящемуся по адресу: 119048, Москва г, муниципальный округ Хамовники, Ефремова, дом № 10, корпус 2, ИНН 7716831457, КПП 771601001, ОГРН 1167746767737) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента<sup>1</sup>, чьим законным представителем я являюсь и в отношении, которого принимаю решения (по тексту – Пациент):\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнаружение и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Заполняется, если заключение договора планируется в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента, не достигшего 18-него возраста.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье), биометрических данных**Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество полностью лица, достигшего 18-его возраста)

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих специальных категорий персональных данных и биометрических данных ООО «Стоматология для детей и взрослых» (находящемуся по адресу: 125565, Москва г, Ленинградское шоссе, дом № 92А, ИНН 7716779704, КПП 771601001, ОГРН 1147746787550) (далее – Оператор), а также на обработку указанных данных Пациента<sup>1</sup>, чьим законным представителем я являюсь и в отношении которого принимаю решения (по тексту – Пациент):\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные (данные свидетельства о рождении), адрес) (дата рождения)

для предоставления медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих данных и данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение данных, следующей информации: сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций, видеоизображения, фотоизображения, голоса.

Обработка данных о моем здоровье и здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, биометрических данных может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и лечения, а также страховым компаниям, чьим клиентом является Пациент, в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Срок хранения моих персональных данных или данных Пациента, чьим законным представителем я являюсь, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из медицинской документации на указанную электронную почту: \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

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 расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье или здоровье Пациента, чьим законным представителем я являюсь, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Заполняется, если заключение договора планируется в пользу третьего лица - При несовпадении Заказчика и Пациента, не достигшего 18-него возраста.