

Приложение № ____ от « ____ » _____ 20__ г.
к Договору оказания платных медицинских услуг

СОГЛАСИЕ
на разглашение персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____

Адрес: _____

Телефон: _____

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**)
несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – **Пациент**):

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на разглашение

ООО _____ (далее _____ - **Оператор**) _____ моих _____ персональных
данных, персональных данных представляемого мной _____

_____ (Ф.И.О.),
включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, ОМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Даю согласие на предоставление информации обо мне, факте обращения за помощью, об оказанных услугах сообщать в страховую компанию, по полису ОМС, ДМС.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Регистратор _____ / _____ /

Подпись, Ф.И.О.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Пациент (или его законный представитель) _____
(подпись, фамилия, инициалы)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: « ____ » _____ 20__ г.