

**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «ФК Биомедсервис»** (644024, г.Омск, ул.Декабристов, д. 45 (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, 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 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

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.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных  \_\_\_\_\_ Сведения в электронную базу данных внесены:  
(или его законного представителя) Регистратор \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_ 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: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.