



Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

_____ года рождения,

(число, месяц, год)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

паспорт серия и номер: _____

выдан: _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи, код подразделения)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку Индивидуальный предприниматель Новиков Виктор Григорьевич, расположенной по адресу: 455000, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Комсомольская, д. 37, нежилое помещение №10 (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), а также предоставления их

_____ (конкретное лицо, которому могут предоставляться персональные данные)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Настоящее согласие дано мной _____ (дата: число, месяц, год)

и действует _____ (указать срок).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте за-

казным 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.

Субъект персональных данных:

подпись

фамилия, инициалы

число, месяц, год

Настоящая форма разработана в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 30 мая 2026 г. № 659