



## Согласие на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_ проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО Клиникой «9 месяцев» (далее Клиника) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне Клиникой медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Клиники, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать персональные данные в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, посредством внесения их в мобильное приложение "Клиника 9 месяцев", включение в список (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставления отчетных данных (документов). Клиника вправе обрабатывать персональные данные в том числе посредством систем электронного документооборота (в том числе системы «Контур.Диадок» в составе программы для ЭВМ «Контур.Страхование»).

Я согласна на передачу страховым организациям (страховщикам, оказывающим мне услуги по добровольному медицинскому страхованию) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, оказанных мне Клиникой медицинских услугах, в целях оказания мне как застрахованному лицу Клиникой медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования.

Я согласна на передачу относящихся ко мне сведений, составляющих врачебную тайну, в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (и в его структурные подразделения, в т.ч. должностным лицам), в иные государственные и муниципальные органы в сфере здравоохранения, в другие медицинские организации в целях медицинского обследования и лечения, а также в иных целях. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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, либо под расписку представителю Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течение периода времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящим я даю свое согласие на получение информации, связанной с оказанием мне Клиникой медицинских услуг (в том числе путем информирования посредством мессенджеров) по номеру телефона: \_\_\_\_\_

Настоящим я даю свое согласие на направление мне на электронную почту \_\_\_\_\_ результатов лабораторных диагностических исследований и любых иных документов и информации (в том числе составляющих врачебную тайну), связанных с оказанием мне Клиникой медицинских услуг. О возможной вероятности доступа других лиц к высланной информации предупрежден (на).

В случае изменения указанного в настоящем Согласии номера телефона и/или адреса электронной почты обязуюсь заблаговременно (не менее чем за 2 рабочих дня до даты изменения) письменно уведомить об этом Клинику путем подачи заявления на бумажном носителе с моей подписью, до получения Клиникой данного заявления указанные в настоящем Согласии номер телефона и адрес электронной почты прошу считать моими личными.

Настоящее согласие дано мной  $\{date\}$  и действует бессрочно.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /