

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ СПЕЦИАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____ (далее – Субъект персональных данных), зарегистрированный (ая) по адресу _____, паспорт серия _____ № _____ выдан _____ дата выдачи _____, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ООО «Доктор Групп» (ОГРН 1246600002065, адрес: 620028, г.Екатеринбург, улица Татищева, д47А, помещение 2.) (далее -Оператор) на обработку моих персональных данных, **включающих:** фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации, адрес проживания; контактный телефон и адрес электронной почты; сведения о здоровье пациента, а также сведения прямо или косвенно связанные со здоровьем пациента, сведения о случаях обращения за медицинской помощью.

Цель обработки персональных данных: в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях контроля качества оказываемых медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с указанными выше персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать указанные персональные данные в лице сотрудников, представителей и/или контрагентов Оператора, в частности посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам ДМС и иным договорам. Оператор также вправе передавать указанные персональные данные в иные медицинские организации в рамках проведения врачебного консилиума. Я разрешаю применять фотосъемку до, в процессе и после моего лечения, а так же использовать мои фотоснимки в рекламных, научных, образовательных целях и в целях внутреннего контроля качества.

Настоящее согласие действует бессрочно. Срок хранения указанных выше персональных данных составляет 5 лет с момента последней явки пациента.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, посредством направления в письменном виде соответствующего документа в адрес Оператора заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручением такого документа лично под расписку законному 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 (или моему ребенку) до этого медицинской помощи.

Дата: «26» февраля 2026

Подпись субъекта персональных данных: _____ / _____