**Общество с ограниченной ответственностью**
**«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ - ДИАГНОСТИКИ «МЕДАР»**
**ЛИЦЕНЗИЯ № Л041-01021-66/00296465 от 23.12.2014 г.**
**Тел.: +7-343-328-18-38**

## Информированное добровольное согласие на обработку и передачу персональных данных

Настоящим, я,

(ФИО заказчика)

года рождения,

(Дата рождения заказчика)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

(Адрес регистрации заказчика)

Паспорт:

(Паспорт заказчика серия, номер)

СНИЛС заказчика:_____ Тел**.** заказчика**:**_____

E-mail:_____

являясь законным представителем

(ФИО потребителя)

г. рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

(Дата рождения потребителя)

(Адрес регистрации потребителя)

Паспорт потребителя: СНИЛС потребителя:

предоставляю Исполнителю (Обществу с ограниченной ответственностью ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ-ДИАГНОСТИКИ "МЕДАР" находящемуся по адресу: Арамиль Город, Сысертский Район,1МаяУлица,69,6) как оператору персональных данных право: на сбор и обработку (включая автоматизированную обработку) персональных данных (Ф.И.О.,дата и место рождения, возраст и пол, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты; сведения о месте работы и должности; номера полисов ОМС и ДМС, СНИЛС; сведения о состоянии здоровья, составляющие врачебную тайну; сведения о заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и т.п.) путем получения персональных данных у субъекта персональных данных, а так же у третьих лиц, в случае дополнительного согласия субъекта персональных данных, включая обработку генетических данных (при получении таковых Исполнителем) в обезличенной форме (не позволяющей идентифицировать личность Потребителя) и передачу таких данных третьим лицам с возможностью дальнейшего использования в научных целях; на хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); на уточнение (обновление, изменение) персональных данных; на передачу персональных данных с помощью медицинских/лабораторных и иных информационных систем и других программ для ЭВМ третьим лицам (медицинские организации, включая ООО «ИНВИТРО-Урал» (лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01024-74/00364039 от 30.12.2020), 454091, г. Челябинск, ул. Российская, д.275), в целях исполнения обязательств по настоящему договору и дальнейшего информирования субъекта персональных данных о ранее оказанных медицинских и иных услугах; на синхронизацию персональных данных с помощью различных программ для ЭВМ путем передачи третьим лицам; а также на иную передачу персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ, включая предоставление персональных данных субъекта по запросам органов государственной власти (Роспотребнадзор, Росздравнадзор и др.),а так же в страховую организацию, где застрахован Потребитель/Заказчик. Потребитель/Заказчик уведомлен, что Исполнитель осуществляет передачу его персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья и о фактах обращения за медицинской помощью, в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, в том числе, через региональные и иные информационные системы и уполномоченные организации, в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Потребитель/Заказчик дает свое согласие на обработку его персональных данных сотрудниками Исполнителя и иными лицами, участвующими в процессе оказания и оплаты услуги. Потребитель (Заказчик) согласен с тем, что Исполнитель в праве привлекать для выполнения вышеуказанных

полномочий по обработке (включая автоматизированную обработку) и хранению персональных данных третьих лиц без дополнительного согласия субъекта персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских и иных услуг должного качества, исполнение договора, идентификация стороны в рамках договора, поддержание связи с субъектом персональных данных, в том числе направление уведомлений, запросов и информации, касающихся оказания медицинских и иных услуг, обработка запросов и жалоб, хранение, информирование о ранее оказанных медицинских иных услугах, получение информационных сообщений, в том числе, с использованием сетей электросвязи, рассылки посредством СМС и e-mail, и иные цели, определенные видами деятельности в Уставе Оператора. Настоящее согласие дается бессрочно и может быть отозвано субъектом персональных данных по его личному заявлению в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ и заключенным договором оказания платных медицинских и/или иных услуг.

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(Дата оформления)

## ОТКАЗ ОТ ПЕРЕДАЧИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАНЫХ в Единую государственную систему здравоохранения

Настоящим заявляю, что **не даю согласие** на передачу своих персональных данных/ персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, в Единую государственную систему здравоохранения и подтверждаю, что последствия такого отказа мне известны и понятны. Дальнейших претензий к Исполнителю по передаче данных в ЕГИСЗ не имею. Медицинские и иные услуги оказываются в соответствии с условиями оферты о заключении договора оказания платных медицинских услуг и оферты о заключении договора оказания услуг, размещенными на сайте https://medar777.com/doovorofierta_ot_01062026, а так же на информационном стенде (стойке) медицинской организации Исполнителя (далее-договоры). Настоящим я подтверждаю, что ознакомлен (а) и согласен (согласна) с условиями указанных договоров и ознакомлен (ознакомлена) с прейскурантом услуг.

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(Дата оформления)