

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «НЕФРОС»**

Приложение №1
к Приказу № 1485 от «13» октября 2025г.

**ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА
В ЦЕЛЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Генеральному директору
ООО Медицинский центр «НЕФРОС»
Ямпольскому М.А.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента
в целях оказания медицинской помощи**

Я, _____
(фамилия) _____
(имя) _____
(отчество)

(основной документ,
удостоверяющий личность) _____
(номер основного документа, удостоверяющего личность)

(сведения о дате выдачи) _____
(сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статей 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ свободно, своей волей и в своем интересе, даю конкретное, информированное сознательное, предметное и однозначное согласие на обработку моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский центр «НЕФРОС», расположенному по адресу: 350051, Краснодар, Шоссе Нефтяников, д. 28, 28/1, 28/4, (далее – «Оператор») на следующих условиях:

в целях оказания медицинской помощи,

принимаю решение о предоставлении моих персональных данных (далее – «ПДн») **Оператору в следующем составе:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, СНИЛС, номер полиса ОМС (при наличии), анамнез, диагноз, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные клинические рекомендации, а также контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты удостоверения инвалида о праве на льготы, **разрешаю Оператору производить обработку моих персональных данных**, включающую в себя действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных,

в течение срока оказания медицинской помощи и в течение 3 (трех) лет после окончания срока оказания медицинской помощи.

Я уведомлен(-а) о том, что срок архивного хранения моей медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составляет 25 (двадцать пять) лет в соответствии с требованиями законодательства РФ в сфере здравоохранения.

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

Разрешаю Оператору производить обработку моих персональных данных в том числе в форме электронных документов, сформированных в информационной медицинской системе Оператора, в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, государственных информационных системах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, иных информационных системах, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «НЕФРОС»

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи разрешаю Оператору передавать мои персональные данные в исследовательские лаборатории для проведения обязательных лабораторных исследований (анализов), а также передавать (направлять) на указанный мной адрес электронной почты результаты обращения за медицинской помощью, в том числе, результаты лабораторных исследований, в электронной форме.

Настоящее согласие может быть отозвано в любое время на основании письменного заявления пациента или электронного заявления, подписанного электронной подписью в соответствии с законодательством РФ. Письменное заявление предоставляется лично по адресу местонахождения обособленного подразделения (клиники) Оператора, где пациенту оказывается медицинская помощь, или по адресу местонахождения Оператора.

В случае отзыва настоящего согласия я предупрежден(-а) о возможных последствиях прекращения обработки моих ПДн, в том числе о том, что Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В случае отзыва настоящего согласия на обработку ПДн прекращение обработки и уничтожение тех ПДн, которые не могут обрабатываться Оператором на иных законных основаниях, будет произведено в течение 30 (тридцати) календарных дней после принятия заявления об отзыве согласия.

Я подтверждаю, что предоставленные мною ПДн являются полными, актуальными и достоверными. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность ознакомиться с локальными нормативными актами Оператора по вопросам обработки моих ПДн и получить разъяснения о любых интересующих меня обстоятельствах такой обработки.

Согласие подписано (пациент):

(личная подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)