Приложение №1
к приказу ООО «Альфа-ЭмБио»
№19 от 28 октября 2025

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ на обработку персональных данных

Я,_____

(Ф.И.О, год рождения)

зарегистрированный (ая) по адресу:_____

паспорт серии_____номер_____выдан_____

_____ «____» _____20__г., в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. №152- ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **даю своё согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио»** (далее - Оператор) **моих персональных данных.**

Наименование и адрес Оператора, получающего согласие: Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио» (ОГРН 1125543054207, адрес 644043, Омская область, город Омск, Волочаевская ул., д.11, корпус 1, пом. 30П).

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; возраст; пол; СНИЛС; номер телефона; документ удостоверяющий личность (тип документа, серия, номер дата выдачи, кем выдан); гражданство; социальный статус; место работы; место учебы; должность; адрес прописки; адрес проживания; полис ОМС (серия и номер, дата действия); номер договора; ЛПУ прикрепления; полис ДМС (серия и номер, дата действия); сведения о составе семьи; семейное положение; сведения об оплате; медицинские сведения: анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; 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; номер листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; иные сведения, необходимые медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных, с помощью которых можно идентифицировать субъекта персональных данных.

Я предоставляю право Оператору обрабатывать мои персональные данные с использованием средств автоматизации и без использования таких средств (на бумажном носителе).

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 отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учётно-отчётной медицинской документации.

Настоящим согласием предоставляю Оператору право на использование медицинской информации и медицинской документации с моими персональными данными в целях проведения экспертизы качества оказанных медицинских услуг, в том числе с привлечением независимых экспертов.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Кроме того, целью обработки моих персональных данных также является предоставление и использование сервиса «Личный кабинет» на сайте Оператора в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», уведомление Оператором меня об услугах и напоминание мне о записи на прием. Я проинформирован, что «Личный кабинет» является не защищенным источником информации, за взлом личного кабинета и утечку информации Оператор ответственности не несет.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) Оператор обязан уничтожить (стереть) либо обезличить все мои персональные данные, содержащиеся в автоматизированной информационной системе Оператора, а также на всех электронных и бумажных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания. Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

Контактный телефон:_____

Дата оформления «___» _____20_____г.

Подпись пациента_____/_____/