

ООО «ЛЮБОМЕДЪ» 142105, Московская область, город Подольск, улица Народная, дом 23,  
помещение 11Б

ИНН: 5074065918 ОГРН 1205000082352 тел. +7 (495) 128-74-24 email: podocenter2020@gmail.com

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,  
ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ,  
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

Я, {[ Полное ФИО клиента/пациента ]} {[ Дата рождения ]} г. рождения пол {[ Пол ]}

паспорт выдан: {[ Паспортные данные ]}

зарегистрированный(ая) по адресу: {[ Адрес клиента/пациента ]}

контактные телефоны: {[ Телефон ]} E-mail: \_\_\_\_\_

**Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА,** {[ ФИО представителя ]}

Паспорт {[ Документы (паспортные данные представителя) ]}

зарегистрированный(ая) по адресу: {[ Адрес законного представителя ]}

дата рождения: {[ Дата рождения представителя ]}

контактные телефоны: {[ Телефон представителя ]} E-mail: \_\_\_\_\_

{[ Основание для представления пациента (статус - мать, отец и тд) ]}

представляющий интересы Пациента: {[ Полное ФИО клиента/пациента ]}

---

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) Обществу с Ограниченной Ответственностью «Любомедъ», ООО «Любомедъ» ИНН 5074065918 КПП 507401001. Юридический адрес 142105, г.Подольск, ул. Народная, 23 Тел.: +7 (495) 128-74-24 Фактический адрес 142105, г.Москва, ул. Азовская, 24 к 2 Тел.: +7 (499) 112-40-20 Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/01278676 Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Операторов, но не ограничиваясь: «Медиалог», «Инфоклиника», «Smartmed», «Microsoft Dynamics CRM, Microsoft BI, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных

интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в ООО «Любомедь», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «Любомедь» в виде sms-сообщений, сообщений в мессенджерах, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной). Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Операторами способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО «Любомедь» центров подологии, а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Операторов: ООО «Любомедь» 6) блокирование; 7) уничтожение.

Операторы также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Операторы имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора на оказание медицинских услуг, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Операторам, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторах, о месте их нахождения, о наличии у Операторов персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Операторов уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Операторам с запросом

информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Операторами, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Операторами; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Операторы при обработке персональных данных обязаны принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Пациент/Представитель пациента):

---

/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата {{% Дата визита %}}

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявляю о своем согласии на разглашение ООО «Любомедъ» (далее – Медицинские организации) сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинским организациям предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:

---

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента:

---

/подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью/

Дата {{% Дата визита %}}