

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(сведения о выдавшем органе)

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю оператору – Диагностическому центру ООО «Диагност» (адрес: 352900, город Армавир, ул. Кирова, 47) согласие на обработку моих персональных данных в целях:

- оказания медицинских услуг;
- в медико-профилактических целях;
- установления медицинского диагноза;
- учета пациентов, получающих (получивших) медицинские услуги.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается настоящее согласие, включает в себя: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; гражданство; семейное положение; образование; сведения о занятости; место работы, должность; номер контактного телефона; данные документа, удостоверяющего личность; ИНН; данные полиса добровольного медицинского страхования (далее – ДМС); сведения о состоянии здоровья (включая группу инвалидности) и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; результаты выполненных медицинских исследований (анализов); иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, включает:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;

- передачу персональных данных страховой организации, где я застрахован, в случае предоставления медицинской услуги в рамках ДМС в целях исполнения оператором своих обязательств в рамках заключенного договора ДМС, а также в организацию, осуществляющую лабораторные исследования, для выполнения ею лабораторных исследований в отношении моего биологического материала (в случаях заключения с оператором договора на забор биологического материала для проведения лабораторных исследований) в целях исполнения оператором своих обязательств в рамках заключенного им договора с соответствующей организацией, осуществляющей лабораторные исследования.

Передача моих персональных данных иным третьим лицам может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

С персональными данными будет производиться автоматизированная и неавтоматизированная обработка.

Настоящее согласие дано мной бессрочно.

Согласие может быть отозвано мною посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(личная подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(сведения о выдавшем органе)

являясь законным представителем \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего/недееспособного пациента)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего (-ей) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(сведения о выдавшем органе) \*

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю оператору – Диагностическому центру ООО «Диагност» (адрес: 352900, город Армавир, ул. Кирова,47) согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего/недееспособного пациента)  
и моих персональных данных в целях:  
- оказания медицинских услуг;  
- в медико-профилактических целях;  
- установления медицинского диагноза;  
- учета пациентов, получающих (получивших) медицинские услуги и их законных представителей.

Перечень персональных данных пациента, на обработку которых дается настоящее согласие, включает в себя: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; гражданство; семейное положение; образование; сведения о занятости; место работы, должность; номер контактного телефона; данные документа, удостоверяющего личность; данные полиса добровольного медицинского страхования (далее – ДМС); сведения о состоянии здоровья (включая группу инвалидности) и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; результаты выполненных медицинских исследований (анализов); иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении пациента.

Перечень персональных данных законного представителя, на обработку которых дается настоящее согласие, включает в себя: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; гражданство; номер контактного телефона; данные документа, удостоверяющего личность; ИНН; данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, включает:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;

- передачу персональных данных страховой организации, где застрахован пациент, в случае предоставления медицинской услуги в рамках ДМС в целях исполнения оператором своих обязательств в рамках заключенного договора ДМС, а также в организацию, осуществляющую лабораторные исследования, для выполнения ею лабораторных исследований в отношении биологического материала пациента (в случаях заключения с оператором договора на забор биологического материала для проведения лабораторных исследований) в целях исполнения

оператором своих обязательств в рамках заключенного им договора с соответствующей организацией, осуществляющей лабораторные исследования.

Передача персональных данных иным третьим лицам может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

С персональными данными будет производиться автоматизированная и неавтоматизированная обработка.

Настоящее согласие дано мной бессрочно.

Согласие может быть отозвано мною посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

---

*(дата)*

---

*(личная подпись)*

---

*(расшифровка подписи)*

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(сведения о выдавшем органе)

являясь законным представителем \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего пациента)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего (-ей) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(сведения о выдавшем органе)

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю оператору – Диагностическому центру ООО «Диагност» (адрес: 352900, город Армавир, ул. Кирова,47) согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего пациента)  
и моих персональных данных в целях:  
- оказания медицинских услуг;  
- в медико-профилактических целях;  
- установления медицинского диагноза;  
- учета пациентов, получающих (получивших) медицинские услуги и их законных представителей.

Перечень персональных данных пациента, на обработку которых дается настоящее согласие, включает в себя: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; гражданство; семейное положение; образование; сведения о занятости; место работы, должность; номер контактного телефона; данные документа, удостоверяющего личность; данные полиса добровольного медицинского страхования (далее – ДМС).

Перечень персональных данных законного представителя, на обработку которых дается настоящее согласие, включает в себя: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; гражданство; номер контактного телефона; данные документа, удостоверяющего личность; ИНН; данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, включает:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;

- передачу персональных данных страховой организации, где застрахован пациент, в случае предоставления медицинской услуги в рамках ДМС в целях исполнения оператором своих обязательств в рамках заключенного договора ДМС, а также в организацию, осуществляющую лабораторные исследования, для выполнения ею лабораторных исследований в отношении биологического материала пациента (в случаях заключения с оператором договора на забор биологического материала для проведения лабораторных исследований) в целях исполнения оператором своих обязательств в рамках заключенного им договора с соответствующей организацией, осуществляющей лабораторные исследования.

Передача персональных данных иным третьим лицам может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

С персональными данными будет производиться автоматизированная и неавтоматизированная обработка.

Настоящее согласие дано мной бессрочно.

Согласие может быть отозвано мною посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

---

*(дата)*

---

*(личная подпись)*

---

*(расшифровка подписи)*