

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ**

Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА,

_____ (Ф.И.О. полностью)

дата рождения: _____ место рождения: _____

паспорт: _____ выдан: _____
(серия и номер) (когда и кем)

_____ код подразделения: _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: _____
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)

Email: _____

на основании: _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

представляющий интересы Пациента:

_____ (Ф.И.О. пациента полностью)

гражданина _____ пол (М/Ж): _____ дата рождения: _____
(страна)

место рождения: _____

паспорт: _____ выдан: _____
(серия и номер) (когда и кем)

_____ код подразделения: _____

зарегистрированного(ой) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

фактически проживающего(ей) по адресу: _____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим **подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных** (персональных данных Пациента) Оператором – Филиал компании с ограниченной ответственностью "Хадасса Медикал ЛТД", НЗА 10180001249, ИНН 9909492395, КПП 774791001, место нахождения: ИЦ Сколково, Большой бульвар, дом 46, стр. 1.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, изображение(я) и голос, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических и иных научных исследований, проводимых Оператором и/или иными лицами, с участием Оператора.

Согласие предоставляется на осуществление **любых действий** в отношении моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица), которые необходимы для оказания медицинских услуг, включая без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, доступ, предоставление), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

Пациент **дает согласие** на осуществление вышеперечисленных действий Оператором и его аффилированными лицами, а именно: ООО "МЕДСКАН" (ОГРН 1147746128694), АО «МЕДСКАН» (ОГРН 1207700227118), ООО "Клинический госпиталь на Яузе" (ОГРН 1117746919597), ООО «ММЦРДиЛОЗ» (1123668003601), Филиалом компании с ограниченной ответственностью "Хадасса Медикал ЛТД" (НЗА 10180001249), ООО «КДЛ

ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ» (ОГРН 1045002010085), (далее – "Группа "МЕДСКАН/Хадасса"), ООО «ИммуноГен» (ОГРН 1187746460670), ООО «Атлас» (ОГРН 5137746188817), АО «ЛабКвест» (ОГРН 1167746128692), ООО «НПФ «ХЕЛИКС» (ОГРН 1027801545925), ООО «ЦГРМ «ГЕНЕТИКО» (ОГРН 1127747086543), ООО «Геномед» (ОГРН 1077763509977), АО «Юнимед Лабораториз» (ОГРН 1027700153678), ООО СК «Альянс Жизнь» (ОГРН 1037727041483), САО «ВСК» (ОГРН 1027700186062), САО «РЕСО-ГАРАНТИЯ» (ОГРН 1027700042413), ООО «МСР» (ОГРН 1107746222451), АО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ» (ОГРН 1027739431730), СПАО «Ингосстрах» (ОГРН 1027739362474), ООО «Абсолют Страхование» (ОГРН 1027700018719), ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (ОГРН 1187746794366), АО «Страховая Компания «ПАРИ» (ОГРН 1027739089905), ООО «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (ОГРН 1037714037426), ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (ОГРН 1047796614700), ООО «СК «Согласие» (ОГРН 1027700032700), ПАО «Страховая акционерная компания «Энергогарант» (ОГРН 1027739068060), ООО «Савитар Груп» (ОГРН 5087746055865), ООО "ЕВРАЗИЯ АССИСТАНС" (ОГРН 1027700438501), ООО «ОСК» (ОГРН 1057746705631), ООО «МЕДЛЭЙБЛ» (ОГРН 1097746336588), ООО «ТЕХНОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» (ОГРН 1207700423424), АО СК «Альянс» (ОГРН 1027739095438), ООО «БЕСТДОКТОР» (ОГРН 1157154006767), АО «Объединенная страховая компания» (ОГРН 1026301414930), АО «СТРАХОВАЯ БИЗНЕС ГРУППА» (ОГРН 1023602616510), АО «ДР Медикал Групп» (ОГРН 1137746409151), ООО "ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА" (ОГРН 1197746310618), АО «СОГАЗ» (ОГРН 1027739820921). Также, вышеперечисленные действия могут осуществляться Оператором с целью реализации положений Соглашения об участии в проекте Международного медицинского кластера № 1-2017/ММК от 14.09.2017г., заключенного Оператором с Фондом международного медицинского кластера (далее – «Фонд»), а также в целях контроля качества оказания медицинских услуг Оператором, в отношениях с Фондом.

Оператор 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств 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, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также **даю свое согласие** на получение информации об услугах Группы "МЕДСКАН/Хадасса" в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я даю согласие на осуществление фото/видео съемки, при необходимости, целях прослеживания динамики состояния (заболевания) и эффективности лечения, а также на безвозмездное использование обезличенных результатов такой фото/видео съемки в научных, образовательных и информационных целях любым не запрещенным законом способом.

Я даю согласие на отправку информации о результатах сданных мною медицинских анализов по электронной почте: _____ (адрес электронной почты). Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Филиал компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Медикал ЛТД» ответственности не несет.

Я даю согласие на использование Личного кабинета и отображение в нем сведений, содержащей информацию о Пациенте/

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 Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Представитель пациента

(ФИО полностью, подпись)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.