СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся_____
(Ф.И.О. полностью)
зарегистрированный по адресу:
_____,
проживающий по адресу:
_____,
документ, удостоверяющий личность: _____серия_____номер_____,
выдан_____
(дата и название выдавшего органа)
контактная информация_____,
(телефон, адрес электронной почты)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на их обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Арника»,** ИНН 6312088379, ОГРН 1096312001752, расположенному по адресу: 443031, Самарская область, г. Самара, Линия 5 (Барбошина поляна), д. 4 (далее – Оператор), в том числе при передаче персональных данных с использованием электронной почты Оператора medregistratyra@samarskiy.ru при отправке текстовых и (или) графических и(или) мультимедийных сообщений и (или) иных файлов на e-mail: _____

Данное согласие распространяется на следующие категории и виды моих персональных данных:
- персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес места регистрации и места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, ИНН, данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении, реквизиты банковской карты, номер расчетного счета;
- специальные категории персональных данных: данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях;
- биометрические персональные данные: данные изображения лица, полученные с помощью фото-видео устройств.

Цели обработки персональных данных:
- обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения;
- медико-профилактические цели;
- установление медицинского диагноза и оказание медицинских и санаторно-курортных услуг по договору.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, распространение.

В процессе обработки моих персональных данных Оператор, в том числе, имеет право:
- обрабатывать их следующими способами: вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем, в том числе в ЕГИСЗ МЗ РФ, для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;
- с целью выполнения предусмотренных действующим законодательством обязательств - на предоставление, передачу моих персональных данных иным органам и организациям.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренному действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем подачи Оператору письменного заявления, позволяющего достоверно установить мою личность, в том числе: лично при предъявлении документа, удостоверяющего личность; через представителя по надлежащем образом оформленной доверенности; путем почтового направления документа, подлинность подписи на котором засвидетельствована надлежащим образом. Мне понятно, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить все операции по обработке моих персональных данных и в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, уничтожить мои персональные данные. Мне также понятно, что уничтожение моих персональных данных повлечет невозможность получения мной в будущем сведений о моих персональных данных медицинского характера.

☐ не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ МЗ РФ). Дальнейших претензий к ООО «Арника» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Настоящее согласие дано мной «_____»_____20___г. и действует бессрочно.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания.

_____ _____
подпись расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных от имени малолетнего/недееспособного либо по доверенности

Я, нижеподписавшийся_____
(Ф.И.О. представителя полностью)
зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____серия _____номер_____,
выдан_____
(дата и название выдавшего органа)
контактная информация_____,
(телефон, адрес электронной почты)
действующий как представитель

_____
(Ф.И.О. представляемого полностью)
зарегистрированного по адресу: _____,
проживающего по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____серия _____номер_____,
выдан_____
(дата и название выдавшего органа)
на основании: _____
(степень родства, документ о рождении, документ, подтверждающий опеку, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **принимаю решение о предоставлении персональных данных представляемого и свободно, своей волей и в его интересе даю согласие на их обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Арника»,** ИНН 6312088379, ОГРН 1096312001752, расположенному по адресу: 443031, Самарская область, г. Самара, Линия 5 (Барбошина поляна), д. 4 (далее – Оператор), в том числе при передаче персональных данных с использованием электронной почты Оператора medregistratyra@samarskiy.ru при отправке текстовых и (или) графических и(или) мультимедийных сообщений и (или) иных файлов на e-mail: _____

Данное согласие распространяется на следующие категории и виды персональных данных представляемого:
- персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес места регистрации и места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, ИНН, данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении, реквизиты банковской карты, номер расчетного счета;
- специальные категории персональных данных: данные о состоянии здоровья представляемого, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях;
- биометрические персональные данные: данные изображения лица, полученные с помощью фото-видео устройств.

Цели обработки персональных данных:
- обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения;
- медико-профилактические цели;
- установление медицинского диагноза и оказание медицинских и санаторно-курортных услуг по договору.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными представляемого: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, распространение.

В процессе обработки персональных данных представляемого Оператор, в том числе, имеет право:
- обрабатывать их следующими способами: вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем, в том числе в ЕГИСЗ МЗ РФ для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;
- с целью выполнения предусмотренных действующим законодательством обязательств - на предоставление, передачу персональных данных представляемого иным органам и организациям.

Передача персональных данных представляемого иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных представляемого соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренному действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения персональных данных представляемого Оператор обязан уничтожить все его персональные данные.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие путем подачи Оператору письменного заявления, позволяющего достоверно установить личность заявителя, в том числе: лично при предъявлении документа, удостоверяющего личность; через представителя по надлежащем образом оформленной доверенности; путем почтового направления документа, подлинность подписи на котором засвидетельствована надлежащим образом. Мне понятно, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных представляемого Оператор обязан прекратить все операции по обработке персональных данных представляемого и в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, уничтожить персональные данные

представляемого. Мне также понятно, что уничтожение персональных данных представляемого повлечет невозможность получения в будущем сведений о персональных данных представляемого медицинского характера.

☐ не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ МЗ РФ) Дальнейших претензий к ООО «Арника» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Настоящее согласие дано мной «_____»_____20___г. и действует бессрочно.
Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания.

_____ _____

подпись расшифровка подписи

действующий как представитель _____

Ф.И.О. представляемого

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных несовершеннолетнего/ограниченно дееспособного

Я, нижеподписавшийся_____
(Ф.И.О. полностью)
зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____серия _____номер_____,
выдан_____
(дата и название выдавшего органа)
контактная информация_____,
(телефон, адрес электронной почты)
действующий с согласия _____
(отца/матери, попечителя) (Ф.И.О. полностью)
зарегистрированного по адресу: _____,
проживающего по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____серия _____номер_____,
выдан_____
(дата и название выдавшего органа)
контактная информация_____,
(телефон, адрес электронной почты)
на основании: _____
(документ о рождении, документ, подтверждающий установление попечительства)
в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на их обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Арника»,** ИНН 6312088379, ОГРН 1096312001752, расположенному по адресу: 443031, Самарская область, г. Самара, Линия 5 (Барбошина поляна), д. 4 (далее – Оператор), в том числе при передаче персональных данных с использованием электронной почты Оператора medregistratyra@samarskiy.ru при отправке текстовых и (или) графических и(или) мультимедийных сообщений и (или) иных файлов на e-mail: _____

Данное согласие распространяется на следующие категории и виды моих персональных данных:
- персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, адрес места регистрации и места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, ИНН, данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении, реквизиты банковской карты, номер расчетного счета;
- специальные категории персональных данных: данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях;
- биометрические персональные данные: данные изображения лица, полученные с помощью фото-видео устройств.

Цели обработки персональных данных:
- обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения;
- медико-профилактические цели;
- установление медицинского диагноза и оказание медицинских и санаторно-курортных услуг по договору.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, распространение.

В процессе обработки моих персональных данных Оператор, в том числе, имеет право:
- обрабатывать их следующими способами: вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем, в том числе в ЕГИСЗ МЗ РФ для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;
- с целью выполнения предусмотренных действующим законодательством обязательств - на предоставление, передачу моих персональных данных иным органам и организациям.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренному действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем подачи Оператору письменного заявления, позволяющего достоверно установить мою личность, в том числе: лично при предъявлении документа, удостоверяющего личность; через представителя по надлежащем образом оформленной доверенности; путем почтового направления документа, подлинность подписи на котором засвидетельствована надлежащим образом. Мне понятно, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить все операции по обработке моих персональных данных и в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, уничтожить мои персональные данные. Мне также понятно, что уничтожение моих персональных данных повлечет невозможность получения мной в будущем сведений о моих персональных данных медицинского характера.

☐ не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ МЗ РФ). Дальнейших претензий к ООО «Арника» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

Настоящее согласие дано мной «_____»_____20___г. и действует бессрочно.
Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания.

_____ _____
подпись расшифровка подписи

согласен

_____ _____
подпись расшифровка подписи