

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных клиентов (заявителей, подающих документы на получение**  
**медицинской помощи (консультации) в Обществе с ограниченной ответственностью**  
**«ИМПЛАНТЛАБ»<sup>3</sup>**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

, паспорт:

\_\_\_\_\_ (серия, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе с кодом подразделения)

, зарегистрированный (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес субъекта персональных данных)

, иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента

\_\_\_\_\_ (наименование документа)

, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

\_\_\_\_\_ (указать нужное)

, пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):

\_\_\_\_\_ (указать нужное)

\_\_\_\_\_ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)

, своей волей и в своем интересе даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ИМПЛАНТЛАБ» (далее Общество) (ИНН 7722356513, КПП 773001001, ОГРН 1167746204120) адрес местонахождения 121059, г. Москва г., б-р Украинский, дом 6, на обработку моих персональных данных (заявители; несовершеннолетние дети заявителей; приглашающие лица; лица, сопровождающие в поездках заявителей, запрашивающих медицинскую помощь; доверенные лица, получающие документы заявителей в обособленных подразделениях Общества и иные категории граждан в порядке, установленном законом) в зависимости от типа оказанной медицинской помощи и предъявляемых для ее типа документов, в соответствии с договорными требованиями Общества:

фамилия, имя, отчество; дата рождения (день, месяц, год); данные документа, удостоверяющего личность гражданина России (данные паспорта: серия, номер, когда и каким органом выдан, код подразделения); адрес постоянного проживания; адрес регистрации; адрес электронной почты; номер телефона; пол; страховой номер индивидуального лицевого счёта; идентификационный номер налогоплательщика; полис обязательного медицинского страхования; специальные категории персональных данных: сведения о состоянии здоровья - данные медицинской карты, эпикриз/выписка из истории болезни, медицинские сведения (результаты исследований, анализы, выписки из стационаров, вызовы скорой помощи, справки, рецепты, вакцинация, больничные, диагноз).

в составе, необходимом для выполнения поручения физических лиц (субъектов персональных данных), основанного на заключенном в простой письменной форме Договоре об оказании возмездных услуг с Обществом об оказании медицинских услуг в городе Москве или в обособленных подразделениях, расположенных на территории Российской Федерации с целью получения квалифицированной медицинской помощи, а также получение документов после завершения всех формальностей от Общества и передачи их физическому лицу, а именно для достижения следующих целей:

организация оказания медицинской помощи, проведение медицинских экспертиз, медицинские и психиатрические освидетельствования, оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

исполнение договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем, по которому является клиент;

оказание услуг информирования и рассылки уведомлений о готовности результатов исследований (результатов исследований), консультирования по услугам Общества и профильных специалистов;

<sup>3</sup> Согласие в письменном виде возможно не получать от субъекта, в случае если обработка персональных данных осуществляется только для достижения целей, предусмотренных международным договором Российской Федерации или законом, для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на оператора функций, полномочий и обязанностей. В случае предварительной записи субъекта на веб-сайте <https://implant-lab.ru/> на подачу документов на получение медицинской помощи (консультации) в определенную дату, данная форма согласия должна быть размещена на веб-сайте, и субъект должен дать согласие путем проставления галочки перед тем, как субъект предоставит персональные данные.

рассмотрение поступающих запросов и обращений от клиентов и обратная связь с клиентом.

Даю согласие на совершение следующих действий с моими персональными данными: сбор, запись, систематизация, хранение, уточнение, извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, обезличивание, удаление и уничтожение персональных данных, действия (операции), совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств (неавтоматизированная обработка).

Даю согласие Обществу:

на передачу моих персональных данных в целях:

оказания медицинской помощи в страховую медицинскую организацию, в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

*(цель обработки персональных данных)*

В процессе оказания Обществом мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Общества, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, составляет 5 (пять) лет с момента подачи документов на получение медицинской помощи (консультации). Срок действия согласия равен сроку обработки персональных данных. Общество гарантирует удаление/уничтожение персональных данных по истечении срока обработки.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем заполнения формы отзыва, установленной Обществом, и предоставления субъектом (или его представителем) подписанного отзыва по адресу места нахождения Общества.

Я уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия Обществом вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». С порядком и возможными последствиями отзыва настоящего согласия ознакомлен(а).

Я ознакомлен(а) с Политикой обработки и защиты персональных данных Обществом, размещенной на веб-сайте <https://implant-lab.ru/>, мои права и обязанности в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и локальными актами по обработке персональных данных Обществом разъяснены.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

По доверенности от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_ (если подается

представителем)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Оператора.

*(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись: фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)*

*(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись: фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)*