



Общество с ограниченной ответственностью  
«Областной стоматологический центр  
«Денталюкс»

Адрес юридического лица (для обращений):  
390006 г. Рязань, ул.Свободы д.4, кв.23

Фактический адрес: 390011 г.Рязань,  
Куйбышевское шоссе, д. 11,

телефон: 25-05-68, факс: 25-05-81, 89009027511  
ИНН/КПП 6234001032/623401001  
ОГРН 1036238002745

---

**Согласие  
на обработку персональных данных и передачу персональных данных в ЕГИСЗ и ее подсистемы**

Я, \_\_\_\_\_,

[Ф. И. О. полностью],

[число, месяц, год] года рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_ , паспорт серия

№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
в соответствии со [статьей 9](#) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", настоящим выражаю свое согласие на обработку \_\_\_\_\_, (далее - Оператор) моих персональных данных (моего ребенка, подопечного), включающих: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица; анамнез; диагноз; сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные клинические рекомендации; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования; иные сведения, необходимые медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных, с помощью которых можно идентифицировать субъекта персональных данных, иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации, при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, предусмотренные пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе идентификацию, отражение информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставление установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Оператор 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), а также в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои (моего ребенка, подопечного) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ и ее подсистемы посредством защищенного канала передачи данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия на передачу персональных данных, Оператор обязан прекратить их передачу по истечении времени, соответствующего сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее согласие предоставлено мною в соответствии с нормами действующего законодательства РФ, с которыми я ознакомлен(-на):

- ст. 78 Федеральный закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- постановление Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».
- Приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов».

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Разрешаю предоставить информацию о моих персональных данных моим родственникам, законным представителям, гражданам (ФИО, номер телефона):

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_

[подпись, инициалы, фамилия]

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
[число, месяц, год]