

## Согласие на обработку персональных данных

Я, Тест1 Тест Тестович, 01.01.2001 г. рождения, зарегистрированный по адресу: ,

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан:*

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: ,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных», в целях проведения экспертизы профессиональной пригодности, диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями; организации и оказания медицинской помощи; проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, даю свое согласие ООО «ПРО-МЕДИЦИНА» (далее - Оператор), на:

— обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), включающих: фамилию, имя, отчество; дату и место рождения; пол; адрес места жительства; адрес прописки; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ОМС (ДМС); сведения о месте работы или учёбы; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о выписанных лекарственных средствах; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

- получение информации по каналам связи (SMS-рассылка, мессенджеры, E-Mail).

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными (персональными данными представляемого мною лица):

— обработка (сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с использованием и без использования средств автоматизации;

- обработка моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС;

- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) - обмен (прием и передача) моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) со страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

— получение от третьих лиц моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в составе и для целей, указанных в настоящем Согласии;

— передачу третьим лицам моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), если таковое предусмотрено законодательством или иными федеральными законами.

Согласно приказа Минздрава России от 18.02.2022 № 90н «Об утверждении формы, порядка ведения отчетности, учета и выдачи работникам личных медицинских книжек, в том числе в форме электронного документа», в случае, если я, Тест1

Тест Тестович являюсь работником отдельных профессий, производств и организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения даю согласие на передачу посредством Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в подсистему электронных личных медицинских книжек (ЭЛМК) сведений медицинского характера:

о сведения о датах и наименованиях проведенных лабораторных и инструментальных обследований с указанием результатов таких обследований;

о сведения о датах и фактах проведенных врачами-специалистами осмотров и кратких заключениях по их результатам;

о сведения о вакцинации и ревакцинации с указанием наименований профилактических прививок и дат их проведения;

о сведения о датах перенесенных инфекционных заболеваний с указанием заболевания;

о сведения о заключениях по результатам проведенных предварительных или периодических медицинских осмотров, датах и месте их проведения, полученные при проведении работнику предварительного (при поступлении на работу) и (или) периодического медицинского осмотра.

Срок хранения моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица).

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

20.02.2026

(дата оформления)

(подпись пациента/родителя или иного законного представителя)