

**Согласие на обработку персональных данных и разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну, медицинским учреждением.**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина) документ, удостоверяющий
личность _____

проживающий по адресу: _____

выступающий в качестве законного представителя _____
(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

«__» _____ года рождения, документ, удостоверяющий личность _____
проживающего по адресу: _____

(далее «Пациент»), в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ,
а также ст. 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ,
даю согласие на:

1) обработку Обществом с ограниченной ответственностью Клиника «ЭНДОСТОМ» (ООО Клиника «ЭНДОСТОМ»),
ОГРН 5177746051599, располагающемуся по адресу: 125252, г. Москва, проезд Березовой рощи, д. 12 (далее «Оператор»), моих
персональных данных, а именно: паспортные данные, фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания,
контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при его наличии), страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном
Фонде РФ (СНИЛС), данные о состоянии здоровья в *медико-профилактических целях, в целях установления медицинского
диагноза и оказания медицинских услуг;

2) разглашение и передачу медицинским работникам и иным лицам Оператора, а также медицинским работникам иных
организаций, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации обязаны сохранять врачебную тайну,
сведений, составляющих врачебную тайну (сведения о фактах моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии
моего здоровья и диагнозе; иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении) в интересах моего
обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор,
запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование,
удаление, уничтожение.

В случае обслуживания по договору ДМС (или иному договору на медицинское обслуживание с юридическим лицом, в
мою пользу (далее «иной Договор»)), Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в
электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами,
регламентирующими предоставление отчетных данных по договору ДМС (иному Договору) на обмен (прием и передачу) моими
персональными данными со страховой медицинской организацией (или иной организацией, заключившей договор в мою пользу)
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 сохранить
профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, а также сведений, составляющих врачебную
тайну, может осуществляться только с моего согласия, в том числе при указании конкретного лица в Договоре на оказание
платных медицинских услуг или при составлении отдельной доверенности, подлинник которой должен храниться у Оператора.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа,
который может быть направлен мною 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 Оператор обязан прекратить
обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне медицинской
помощи.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 2026 года и действует до дня его отзыва в письменной форме.

Пациент

Подпись

Ф.И.О.