ООО "НЕФЕРТИТИ"
Адрес:680054, г. Хабаровск,
ул.Профессора Даниловского, 20 Тел: (4212) 76-62-40
ИНН 2725064020 ОГРН 1072722005267
лицензия № ЛО-41-01189-27/00342187 от 12.12.2018

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
Дата рождения: __.__.____ г.р.
Адрес: _____
Тел.: _____
Документ: Паспорт серия _____, Номер _____, кем выдан: _____ дата выдачи __.__.____

Законный представитель (при наличии): Ф. И. О. _____

_____ __.__.____
Фамилия, имя, отчество, полностью, дата рождения

в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие оператору: ООО «НЕФЕРТИТИ» (ИНН\КПП 2725064020/272501001 ОГРН 1072722005267, Лицензия ФС по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № Л041-01189-27/00342187 от 12 декабря 2018 г., Юридический/Фактический адрес: 680054, г. Хабаровск, ул. Профессора Даниловского, 20, телефон./факс (4212) 766-240, 766-230, 8-914-400-27-02, эл. почта 766240@mail.ru) на обработку моих персональных данных с целью создания необходимых условий для реализации Федеральных законов, Указов Президента Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, законодательных и подзаконных актов субъектов Российской Федерации, и иных нормативно-правовых актов, направленных на оказание медицинских услуг, подготовке документов по реализации медицинских услуг, обеспечения органов государственной власти и органов местного самоуправления актуальной и достоверной информацией, передачу информации в организации и предприятия, и иных целей, связанных с деятельностью медицинской организации.
Мои персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: фамилию, имя, отчество; год, месяц, дату рождения; место рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; контактный телефон; сведения о наградах, медалях, поощрениях, почетных званиях; сведения о платежных реквизитах (№ счета в банке, почтовое отделение, № пластиковой карты); информация об образовании (наименование образовательного учреждения, сведения о документах, подтверждающие образование: наименование, номер, дата выдачи, специальность); информация о трудовой деятельности (место работы, должность); данные о состоянии здоровья; семейное положение и состав семьи (муж/жена, дети).
Выражаю свое добровольное согласие на видеонаблюдение и/или фото, видео-документирование
Я, осведомлен (а) о том, что в медицинской организации ООО "Нефертити" ведется непрерывное видеонаблюдение, в том числе в кабинетах врачей.
Я выражаю свое согласие с проведением видеосъемки в кабинете врача во время приема с последующим хранением записи в соответствии с действующим законодательством РФ

_____√ /_____ /

Действия с моими персональными данными включают в себя сбор персональных данных, их накопление, систематизацию и хранение в автоматизированной системе обработки информации по оказанию медицинских услуг, их уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу (распространение) сторонним организациям для целей реализации моих прав и законных интересов.
Информация передается по защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, или иными, предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву), согласно п. 1 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», согласие может быть отозвано при условии письменного уведомления оператора не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения использования данных оператором.

Дата: __.__.____
Подпись _____ / _____/

ООО "НЕФЕРТИТИ"
Адрес:680054, г. Хабаровск,
ул.Профессора Даниловского, 20 Тел: (4212) 76-62-40
ИНН 2725064020 ОГРН 1072722005267
лицензия № ЛО-41-01189-27/00342187 от 12.12.2018

ОТКАЗ/СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных в ЕГИСЗ ООО «Нефертити»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
Дата рождения: __.__.____ г.р.
Адрес: _____
Тел.: _____
СНИЛС _____
Документ: Паспорт серия _____, Номер _____, кем выдан: _____ дата выдачи __.__.____

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ», даю свое:

согласие / отказ (подчеркнуть), дата: __.__.____

на передачу следующих моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) _____ в ЕГИСЗ:

фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи лекарственных препаратов), продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи. Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию, заявление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации. Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи с использованием информационно-аналитической системы по наблюдению и (или) лечению пациентов с онкологическими заболеваниями. Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования, об аннулировании медицинского заключения, об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения). Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее – документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти. Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении. Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации. **Настоящее согласие/отказ действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия/отказа осуществляется путем подачи письменного заявления, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия/отказа.**

Дата: __.__.____
Подпись Потребителя (Заказчика) _____ / _____/