Утверждено Приказом директора ООО «А-МЦ «УльтраМед» № 6-ОД от 12.01.2026г.

В ООО «А-МЦ УльтраМед»
(наименование медицинской организации)
адрес: 603004, г. Нижний Новгород, пр-т Ильича, д. 23А

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных.

Я, _____
ФИО представителя Пациента
«_____» _____ _____г.
(дата рождения представителя Пациента)

паспорт:_____выдан: _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

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

_____
ФИО Пациента
«_____» _____ _____г.
(дата рождения Пациента)

В соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.2006г. № 152 – ФЗ « О персональных данных», даю свое согласие на обработку ООО « А-МЦ « УльтраМед» (далее «Оператор») моих персональных данных (фамилию, имя, отчество, пол, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты), а также персональных данных лица, представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи лицу, представителем которого я являюсь, в интересах обследования и лечения данного лица, я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «А-МЦ «УльтраМед», а также организациям профессионально занимающимся медицинской деятельностью и с которыми у Оператора имеются договоры по оказанию услуг.

- Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством, в том числе документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.
- Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
- Срок хранения персональных данных лица, представителем которого я являюсь, соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
- Настоящее согласие дано мной со дня подписания настоящего документа и действует бессрочно. Контактные данные для предоставления персональных данных лица, представителем которого я являюсь, указываются мною в Договоре на оказание медицинских услуг.
- 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.

- 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.

Контактная информация для обработки персональных данных:

телефон: _____

e-mail: _____

Подпись представителя Пациента _√ _____/ _____
ФИО

Согласие получено "___"_____ ____ г.