Согласие
пациента на обработку персональных данных

Я, _____
проживающий (ая) по адресу:_____ _____,
паспорт серия _____ номер _____,
выдан _____
дата рождения «_____» _____ _____г.,
номер телефона _____
e-mail _____

в соответствии с требованиями ст. 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «СКИН БЮРО» (ООО «СКИН БЮРО») (адрес юридического лица: 197022, г. Санкт-Петербург, Каменноостровский проспект, д. 64/2, лит. А, пом. 26Н; ИНН: 7840080124, КПП: 781301001, ОГРН: 1187847112166; регистрационный номер в Реестре операторов персональных данных Роскомнадзора 78-25-119146, электронная почта skinburo@mail.ru, сайт https://skinburo.ru) (далее — Оператор) моих персональных данных, **включающих (поставить √ в в случае согласия; в категории не нужное зачеркнуть)**:

фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, год, месяц, дату рождения, место работы, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), e-mail, данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях и состояниях, случаях обращения за медицинской помощью

СНИЛС ИНН (для социального налогового вычета)

- В ЦЕЛЯХ 1. профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг; 2. передачи информации об оказываемых услугах дистанционными способами, информационных целях; 3. маркетинговых, рекламных целях.

1. **В целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также оценки достижения запланированного результата (в том числе эстетического) могут потребоваться фотографические и видео изображения гражданина (области воздействия при конкретном медицинском вмешательстве), фиксирующие состояние области воздействия до и после медицинского вмешательства, в том числе с возможностью идентификации гражданина.** Фотографические и видео материалы могут являться частью медицинской документации пациента. Фотографические и видео материалы, полученные в данных целях, не будут использованы для иных целей, а также не могут быть переданы третьим лицам, кроме случаев, прямо установленных законодательством Российской Федерации. Мне разъяснено и понятно, что в случае отказа от фото и видеофиксации области планируемого медицинского вмешательства объективная оценка достижения или недостижения запланированного результата невозможна.

2. Подписанием настоящего документа я даю / не даю (не нужное вычеркнуть) согласие на фотографирование и видеосъемки для целей контроля качества и безопасности оказываемых мне медицинских услуг, оценки достижения запланированного результата медицинских вмешательств.

3. Предоставляю Оператору право осуществлять все **ДЕЙСТВИЯ** (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

4. **Субъект персональных данных** √ _____ /_____ /

Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то физическим и юридическим лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, в том числе персональных данных, включающих сведения составляющие врачебную тайну, персональные данные, в том числе посредством внесения их в информационные системы – Программы для ЭВМ, Медицинская информационная система «Клиентикс», «Уайклаентс», на бумажном носителе. Передача персональных данных осуществляется в целях исполнения договора об оказании платных медицинских услуг. Обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации, в том числе медицинской информационной системы.

4.1. **Подписанием настоящего согласия я даю / не даю согласие (не нужное вычеркнуть)** на передачу персональных данных третьим лицам – медицинским организациям, заключивших соглашение о неразглашении персональных данных, согласно договору об оказании мне платных медицинских услуг.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты пациента, информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство), договора оказания платных медицинских

услуг. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием и/или законодательством Российской Федерации, может осуществляться только с письменного разрешения Субъекта.
Субъект персональных данных имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Медицинские организации в соответствии с законодательством имеют право применять медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемой им медицинской помощи, с соблюдением требований, установленных законодательством в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны. При этом изъятие и аннулирование сведений из баз данных медицинских организаций законодательством не предусмотрено (п. 5 ст. 78 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Письмо Минздрава России от 11.09.2014 N 18-1/10/2-6945).
В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в срок 30 дней, установленный законодательством, а также течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого медицинских услуг, за исключением случаев, указанных в п.4 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и иных прямо указанных в законодательстве. Однако в случае отзыва согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии определенных оснований. К таким основаниям, относится, в частности, обработка персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (ч. 2 ст. 9, п. 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных").

Заполняется по желанию субъекта персональных данных:

5. Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты:

_____,

а также перечень устанавливаемых условий и запретов: полный запрет обработки указанных персональных данных.

НАСТОЯЩИМ Я СОГЛАШАЮСЬ / НЕ СОГЛАШАЮСЬ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В Реестр электронных медицинских документов (РЭМД) Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ). О последствиях отказа предупрежден(а).

Настоящее согласие дано мной «____» _____ 202__г. и действует в течение срока хранения медицинской документации.

Субъект персональных данных

√_____ / _____ /

Представитель оператора: администратор ООО “СКИН БЮРО”

_____ / _____ /
(по доверенности № _____)