

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____, дата рождения _____
проживающий по адресу: _____
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
дата выдачи _____, телефон _____,

(Субъект персональных данных), выражаю согласие ООО «Первый», адрес: 344029, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, ул. Сержантова, д. № 6 (далее – «Оператор») на обработку моих персональных данных в целях: медико-профилактических; установления диагноза; оказания медицинских услуг по проведению лабораторных исследований биологического материала (изготовлению анализов); информирования о состоянии моего здоровья; функционирования различных сервисов сайта Оператора; технического сопровождения программных продуктов Оператора; предоставления данных в ЕГИСЗ.

Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес, контактный телефон, данные о состоянии здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью.

Оператор вправе осуществлять следующие действия с указанными выше персональными данными, как с использованием средств автоматизации, так и без таковых: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, распространение, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, распространение, доступ). Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в базу данных, включение в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Настоящее согласие дано мной _____, действует бессрочно.

Согласие может быть отозвано мной, путем составления заявления в письменной форме и подачи Оператору.

ФИО, подпись

дата

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя) адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____ в отношении _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при
подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства законного
представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в поликлинике АВЕНЮ - ООО «Первый»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность

Я проинформирован(а) о возможности получения соответствующих медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в организациях, участвующих в реализации данных программ.

Я подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг. Стоимость всех медицинских услуг мне названа и со мной согласована.

развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ " _____ Г.
(дата оформления)