

Я, _____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, проживающий(ая) по адресу: _____, телефон: _____, дата рождения: « » _____ г.,

в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Учреждение здравоохранения Областной диагностический центр»** (сокращенное наименование: ООО «УЗ Областной диагностический центр»), ИНН 3328004675, ОГРН 1153328002651, КПП 332801001, расположенному по адресу: 600009, Владимирская область, г. Владимир, ул. Каманина, д. 25А, этаж 1 (далее — Оператор), на обработку моих персональных данных на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1.1. Общие (общедоступные) персональные данные:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол; серия, номер паспорта, дата выдачи, кем выдан, код подразделения, адрес регистрации и фактического проживания; контактный телефон, адрес электронной почты; СНИЛС, номер полиса ОМС / ДМС;
- сведения о законном представителе и сведения о доверенном лице (при необходимости).

1.2. Специальные категории персональных данных (относящиеся к состоянию моего здоровья):

- сведения о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, травмах; сведения о перенесенных заболеваниях, операциях, аллергиях, непереносимости лекарственных средств;
- результаты обследований, анализов, диагностических исследований (в том числе МРТ, МСКТ, УЗИ, функциональной диагностики, лабораторных исследований);
- сведения о назначенном лечении, применяемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях;
- иные сведения, необходимые для оказания медицинских услуг в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.3. Иные персональные данные, необходимые для исполнения договора об оказании платных медицинских услуг и ведения медицинской документации.

2. Цели обработки персональных данных:

- Оказание медицинских услуг в рамках заключенного договора об оказании платных медицинских услуг
- Исполнение требований законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан
- Взаимодействие со страховыми организациями при оказании услуг по полису ДМС, а также при получении социальных налоговых вычетов (предоставление справок об оплате медицинских услуг по форме, утвержденной ФНС России).
- Обеспечение сохранности медицинской документации в архиве Оператора в установленные законодательством сроки.
- Рассмотрение обращений (жалоб) и претензий, урегулирование споров.

3. Перечень действий с персональными данными, на которые дается согласие: Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных

4. Перечень лиц, которым могут передаваться персональные данные (конкретизированный):

Мои персональные данные могут передаваться следующим лицам для достижения целей, указанных в п. 2 настоящего согласия:

- Органы государственной власти и местного самоуправления:** Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Департамент здравоохранения Владимирской области, Федеральная налоговая служба, Прокуратура Российской Федерации, суды
- Страховые медицинские организации** по договору с которыми Оператор оказывает медицинские услуги;
- Иные медицинские организации:** в целях обеспечения преемственности оказания медицинской помощи, в том числе через медицинские информационные системы (ЕГИСЗ, ФРМР).
- Операторы медицинских информационных систем** (ЕГИСЗ, ФРМР, РМИС Владимирской области)
- Архивные организации**
- Иные лица (технические партнеры)**

Персональные данные могут передаваться следующим категориям лиц, действующим на основании договоров с Оператором, содержащих обязательства о конфиденциальности и обеспечении безопасности ПДн:

- аудиторские организации, привлекаемые для проведения обязательного аудита;
- организации, оказывающие услуги по IT-сопровождению и техническому обслуживанию информационных систем Оператора;
- почтовые и курьерские службы — для доставки медицинских документов пациенту.

Актуальный перечень конкретных лиц, которым поручается обработка персональных данных, размещён на информационном стенде и на сайте Оператора по адресу: <https://uzodc.ru/> в разделе «Пациентам» и может быть предоставлен пациенту по его запросу.

5.0. Я уведомлен(а) о том, что в соответствии с законодательством Российской Федерации Оператор вправе отказать в оказании медицинских услуг в случае отзыва согласия на обработку специальных категорий персональных данных, относящихся к состоянию здоровья, если обработка таких данных является необходимой для оказания медицинской помощи (статья 10 Федерального закона № 152-ФЗ, статья 20 Федерального закона № 323-ФЗ).

6. Согласие на получение информационных сообщений:

Отдельно подтверждаю свое согласие на получение от Оператора информационных сообщений о результатах исследований, напоминаний о приемах, приглашений на профилактические осмотры и иную информацию, связанную с оказанием медицинских услуг, по следующим каналам связи:

- SMS-сообщения на номер: _____; электронная почта: _____;
- мессенджеры (WhatsApp, Telegram, Viber): _____; через личный кабинет на сайте / в мобильном приложении Оператора.

С содержанием настоящего согласия ознакомлен(а), свои права разъяснены, последствия отзыва согласия мне понятны.

Субъект персональных данных:

ФИО полностью: _____ Подпись: _____ Дата: « » 2026 г.

Согласие принял(а) представитель Оператора:

Должность: _____ ФИО: _____ Подпись: _____ Дата: « » 2026 г.
М.П. _____