

**Информированное добровольное согласие пациента на получение
платных медицинских услуг**

Я, Тестов Тест Тестович настоящим
[Ф. И. О. пациента]

подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в обществе с ограниченной ответственностью «АЛЬФА-МЕД».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых обществом с ограниченной ответственностью «АЛЬФА-МЕД».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с обществом с ограниченной ответственностью «АЛЬФА-МЕД».

Информацию до пациента довел:

_____ Регистратор 03.08.2024г.
[подпись, фамилия, инициалы] [число, месяц, год]

Пациент: _____ Тестов Т. Т. 03.08.2024г.
[подпись, фамилия, инициалы] [число, месяц, год]

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я Тестов Тест Тестович, 01.01.1990г.

[Ф. И. О. полностью], [число, месяц, год] года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: Россия, Липецк, паспорт серия и номер 44 44 777777, выдан дата выдачи: 01.01.2000, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «АЛЬФА_МЕД», расположенном по адресу: 398004, Россия, Липецкая область, г. Липецк, улица Леонтия Кривенкова, строение 8, помещение 3 (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования. В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), а также предоставления их

указать конкретное лицо, которому могут предоставляться персональные данные, поскольку согласие должно быть однозначным].

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

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.

Субъект персональных данных:

_____ Тестов Т. Т. 03.08.2024г.
[подпись, фамилия, инициалы] [число, месяц, год]