

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Введено в действие Приказом от 11.12.2025 № 606-осн

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю согласие Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская поликлиника №91» (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №91») (ИНН: 7807047320, 198329, город Санкт-Петербург, ул. Отважных, д. 8) (далее – Оператор) на моих персональных данных и/или персональных данных представляемого мной лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) \_\_\_\_\_, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, должность, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) или добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные и/или персональные данные представляемого мной лица, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего и/или представляемого мной лица обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и/или персональными данными представляемого мной лица, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и/или персональные данные представляемого мной лица посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи.

В процессе оказания мне/или представляемого мной лицу медицинской помощи Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и/или персональными данными представляемого мной лица с другими медицинскими учреждениями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, осуществлять телемедицинские услуги в том числе с использованием национального мессенджера МАХ, в целях безопасности осуществлять в помещениях медицинской организации видеонаблюдение, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных и/или персональных данных представляемого мной лица соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных и/или персональных данных представляемого мной лица иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать 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.

Контактный телефон(ы) [ \_\_\_\_\_ ]

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись, Ф.И.О.)