

Форма

## Согласие на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

выдан \_\_\_\_\_ г.,  
зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации)

(далее – Обучающийся), в рамках договора на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор), заключенного между Федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (далее – ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ) и ГБУЗ «ГП №3 ДЗМ» (далее – Медицинская организация), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ О персональных данных настоящим подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Медицинской организации моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но неисключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – Персональные данные).

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои Персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Предоставляю право Медицинской организации передавать ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, а также ответственному представителю ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ:

(Ф.И.О., контактный телефон)

мои Персональные данные и информацию о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, в рамках исполнения Договора.

Настоящее согласие действует бессрочно. Обучающийся вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Медицинской организации под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе.

Я проинформирован, что результаты лабораторных исследований будут переданы Медицинской организацией ответственному представителю ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ, указанному в настоящем согласии.

При передаче результатов лабораторных исследований ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ Медицинская организация не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации со стороны ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ.

Обучающийся

Медицинская организация

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.