

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Пациент, Законный  
представитель \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

гражданин \_\_\_\_\_ пол: \_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_

(серия и номер, кем и когда выдан)

код подразделения: \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

Загран.паспорт(при выезде за границу): \_\_\_\_\_

прописанный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

место работы/учебы (ВУЗ) \_\_\_\_\_

(указать полное название учреждения)

адрес работы/учебы(ВУЗ) \_\_\_\_\_

контактные телефоны: \_\_\_\_\_

(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)

электронная почта: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица,  
от имени которого, выступает законный представитель)

дата рождения: \_\_\_\_\_ проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_

Снилс ребенка: \_\_\_\_\_

место учебы (школа, ДДУ) \_\_\_\_\_

адрес учебного заведения \_\_\_\_\_

Выезжали ли за границу \_\_\_\_\_ дата прилёта \_\_\_\_\_

(да/нет)

в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку\*\* моих персональных данных, персональных данных лица (несовершеннолетнего, недееспособного или ограниченно дееспособного), чьим законным представителем я являюсь (персональных данных пациента) оператором – ООО "Семейный медицинский центр", ОГРН 1135012010407, ИНН 5012081412, юридический адрес: РФ, 143983, Московская область, г. Балашиха, мкр. Ольгино, ул. Граничная, д. 18, стр. 2. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-011287 выдана 17.09.2019г. бессрочно - по адресу места осуществления медицинской деятельности.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что в случае положительного или сомнительного результата теста на содержание нового коронавируса 2019-нCoV оператор незамедлительно информирует ближайший территориальный орган Роспотребнадзора и в течении 2-х часов вносят информацию о нем в информационную систему (<https://ncov.ncmbr.ru>) в соответствии с письмом Минздрава России №30-4/И/2-1198 от 07.02.2020г.

Разрешаю высылать результаты анализов по электронной почте - сканированное изображение бланка (адрес электронной почты) \_\_\_\_\_. Подписывая данное соглашение я информирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ООО «Семейный медицинский центр». За взлом почтового ящика и утечку информации ООО «Семейный медицинский центр» ответственности не несет.

**Пациент/Законный представитель**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество полностью)

20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)