



**ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»**  
344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, т. (863)235-87-77  
346735 Российская Федерация, Ростовская область, Аксайский район, п. Верхнетемемерницкий,  
ул. Обсерваторная 38 т. (863) 280-10-80

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,  
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области  
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1ой Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество — полностью)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество — полностью)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя \_\_\_\_\_

выражаю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее - «Оператор»), адрес: 344068, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, на обработку персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях ведения истории взаимоотношений с Пациентом. В процессе оказания Оператором медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные несовершеннолетнего, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам Оператора в интересах его обследования, лечения и использовать информацию о состоянии здоровья при осуществлении научной деятельности.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные без использования средств автоматизации, а также с их использованием, посредством внесения их в электронную базу данных и автоматизированные программные комплексы, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также в Договор на оказание медицинской помощи в целях автоматизации процесса оказания медицинских услуг, автоматизированной работы с медицинской отчетностью и ведения истории взаимоотношений.

Оператор имеет право при необходимости осуществлять запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Оператор имеет право осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с организацией – исполнителем медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору оказания платных медицинских услуг и в целях автоматизации процесса обработки данных, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Также даю свое согласие Оператору на хранение копий документа удостоверяющего личность, страхового полиса, СНИЛС, в целях в целях оказания медицинских услуг, оформления медицинской документации и в целях подтверждения достоверности информации, содержащейся в оригиналах указанных документов, а также для подтверждения оказанной услуги для Территориального фонда ОМС.

Срок обработки персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует на срок обработки персональных данных, установленных настоящим Согласием.

Согласие может быть отозвано посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения 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 несовершеннолетнему до этого медицинской помощи, кроме случаев, установленных законом;
- по истечении указанного выше срока хранения персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все персональные данные несовершеннолетнего из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_