

## СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я, \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

адрес места регистрации (с индексом): \_\_\_\_\_

адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество **представителя субъекта персональных данных** полностью)

СНИЛС \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Серия: \_\_\_\_\_

Номер: \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

Кем: \_\_\_\_\_

адрес места регистрации (с индексом): \_\_\_\_\_

адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

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

### отметка о даче согласия / отказа

на передачу ООО "ДИАГНОАЛЬ-ПЛЮС" (ОГРН 1189102007984, ИНН 9102243778, КПП 910201001, 295034, Республика Крым, г. Симферополь, пр. Победы, д.48а. в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее — ЕГИСЗ) своих персональных данных (или персональных данных представляемого мною лица) : фамилия, имя, отчество, , пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимающая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средств идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, сведения об оказанной медицинской помощи, направление на госпитализацию, документы, формируемые при направлении пациентов в иные лечебные учреждения (выписка из медицинской документации сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя, результаты оказания медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

/(фамилия,  
полностью)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
имя, отчество представителя субъекта персональных данных