Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных,
для распространения ООО "ГемоМедикал"

Я, _____
Ф.И.О. полностью

Паспорт _____ выдан _____
серия, номер когда и кем выдан

адрес регистрации: _____

в соответствии со ст. 3, ст. 10.1 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ГемоМедикал» (ООО «ГемоМедикал»), ИНН 1513030651, ОГРН 1111513011664; юр. адрес: 362031, Северная Осетия-Алания Респ, Владикавказ г, Коста пр-кт, 276 (Оператор) на распространение третьим лицам (в том числе медицинским организациям, осуществляющим деятельность под товарным знаком «ГЕМОТЕСТ МЕДИЦИНСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ», а также медицинским организациям, участвующим в процессе оказания медицинских услуг, органам государственной и муниципальной власти в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации) подлежащих обработке моих (Потребителя) персональных данных, а именно:

Категория данных	Перечень персональных данных	Разрешение к распространению (да/нет)	Условия и запреты
Общие	фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения	да	—
Специальные	сведения об анамнезе и установленных диагнозах; сведения о факте обращения за медицинской помощью; сведения о видах, объеме, условиях оказания, примененных стандартах и результатах предоставления медицинской помощи (медицинских услуг), код льготы;	да	—
Контакты	контактные телефоны, адрес электронной почты	да	—
Иные	гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения); место жительства; место и дата регистрации, номер полиса ОМС; СНИЛС место работы, должность; код диагноза по МКБ.	да	—

для достижения следующих целей: оказания медицинских услуг, предоставления результатов исследований (в том числе при помощи онлайн-сервиса), предоставления ретроспективных данных по оказанным медицинским услугам и результатам исследований, контроля качества медицинских услуг, продвижения услуг путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, включая рекламную и информационную рассылки, проведения маркетинговых исследований, в целях ответов на поступающие вопросы, претензии.

Срок действия настоящего согласия: бессрочно. Информационные ресурсы оператора: office.gemotest.ru, https://gemotest.ru/my

Я уведомлен(-а) о том, что настоящее Согласие может быть отозвано мной путем представления письменного обращения в ООО "ГЕМОМЕДИКАЛ" по адресу: 362031, Северная Осетия-Алания Респ, Владикавказ г, Коста пр-кт, 276 с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе, подписи.

Я подтверждаю, что, подписывая настоящее Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

_____ / _____ «_____» _____ 2022г.
Подпись Ф.И.О. Дата оформления согласия

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ _____
Ф.И.О. (полностью) Потребителя/Заказчика Дата рождения Потребителя/Заказчика

зарегистрированный по адресу: _____
Адрес места жительства гражданина либо законного представителя

проживающий по адресу: _____
Адрес (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: _____ «_____» _____ 2022г.
Ф.И.О. (полностью) Потребителя при подписании согласия законным представителем Дата рождения Потребителя

проживающего по адресу: _____
Адрес (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012, рег. № 24082) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи или получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)** в ООО "ГемоМедикал".

Медицинским работником: _____
Должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, в том числе после смерти:

_____ _____ _____
Ф.И.О. и контактный телефон гражданина подпись Ф.И.О. Потребителя/Заказчика и контактный телефон

_____ _____
подпись Ф.И.О. медицинского работника Дата оформления согласия