

## Согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ

Я,

(фамилия, имя, отчество Заказчика (Потребителя) или законного представителя)  
СНИЛС \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_ Документ  
удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, Выдан

«\_\_» \_\_\_\_\_ года,  
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 «\_\_» \_\_\_\_\_ года,

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

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

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

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» \_\_\_\_\_ согласие на передачу следующих моих персональных данных о даче согласия или его отсутствия данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществом с ограниченной ответственностью «Медицина плюс», расположенному по адресу: 455045, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Ворошилова, дом 10, корпус 1, ИНН 7455000134, ОГРН 1107455000102 в ЕГИСЗ: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, 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 для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении, 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.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_