

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
**на обработку специальных категорий персональных данных**  
**(данных о здоровье) и биометрических данных**

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
даю согласие на обработку данных Обществу с ограниченной ответственностью 32 ПРАКТИКА ПЛЮС,  
находящемуся по адресу г.Пермь, ул.Куйбышева,97.

Обработка данных о моем здоровье может осуществляться только в медико-профилактических целях.  
В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам  
передавать данные о моем здоровье, а также биометрические данные другим должностным лицам Клиники  
в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы  
качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье,  
биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,  
изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование,  
уничтожение данных.

Срок хранения моих персональных данных, срок действия согласия соответствуют сроку хранения  
первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только  
с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего  
письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным  
письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я  
понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить  
обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в  
РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия  
иным медицинским учреждениям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-  
эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам  
государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Дата составления согласия \_\_\_\_\_