



Приложение 2  
к приказу от 09 июля 2025 г. № 70  
**УТВЕРЖДАЮ**  
Генеральный директор ООО  
"ДентоГрад"  
Зыкова О.Л.  
09 июля 2025 г.

### СОГЛАСИЕ

#### на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, (далее Пациент)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ООО "ДентоГрад", адрес местонахождения: 625046, г.Тюмень, ул. Широтная, д. 124 (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и/ или фактического проживания, контактный телефон (абонентский номер), адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья,

заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о произведённых оплатах в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учёта, хранения и ведения медицинской документации.

- в целях исполнения Оператором условий договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного с Пациентом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и должностным лицам медицинских организаций, входящих в систему клиник Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные с использованием средств автоматизации и(или) без таковых, посредством внесения их в электронную базу данных, ведения медицинской документации в электронном виде, включения в списки (реестры) и отчетные формы, в том числе предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, с медицинскими организациями, входящими в систему клиник Оператора, с операторами фискальных данных и уполномоченными органами государственной власти, с фондом социального страхования и фондом обязательного медицинского страхования Российской Федерации, с использованием машинных и (или) бумажных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании п. 5 ст. 21 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего 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 мне до этого медицинской услуги.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны и принадлежат непосредственно мне.

Настоящее согласие действует бессрочно. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.