

ООО «Авансед Медикал Иновешнс Клиник Север»  
ИНН: 7840087426 КПП 770101001  
ОГРН 1197847097139  
Юр.адрес: 197136, г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,  
П-Т ЧКАЛОВСКИЙ, Д 50, ЛИТЕР Б,  
ПОМЕЩЕНИЯ 1Н  
Тел. 8 (993) 210-01-96  
Фактический адрес: 197136, г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,  
П-Т ЧКАЛОВСКИЙ, Д 50, ЛИТЕР Б,  
ПОМЕЩЕНИЯ 1Н



## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {Ф.И.О.}, проживающий по адресу (месту регистрации): {адрес регистрации}, паспорт {серия, номер}, дата выдачи {дата}, выдан {кем выдан}  
в отношении \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «АМИ КЛИНИК СЕВЕР» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, фото-протоколы и видео материалы, – в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и напоминание о записи на прием, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной 17 ноября 2025 г и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие 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 помощи.

\_\_\_\_\_/ {Ф.И.О.}