

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных пациента,**  
**включая специальные категории, и их трансграничную передачу**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента)  
дата рождения: \_\_\_\_\_,  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
адрес проживания: \_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» и согласно ч. 3 ст. 12 и ст. 22 названного Закона и иного применимого законодательства, свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Абриелль энд Компани» на обработку моих персональных данных, включая специальные категории персональных данных (сведения о состоянии здоровья), а также их трансграничную передачу.

**1. Перечень персональных данных:**

- Ф.И.О., дата рождения, пол
- паспортные данные
- контактные данные (телефон, адрес электронной почты)
- сведения о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований
- сведения о проведенном лечении и медицинских вмешательствах
- иные данные: \_\_\_\_\_

**2. Цели обработки:**

- оказание медицинских услуг
- установление диагноза и проведение лечения
- ведение медицинской документации
- организация консультаций, в том числе с участием иностранных специалистов
- обеспечение работы информационных систем медицинской организации
- исполнение требований законодательства РФ

**3. Трансграничная передача персональных данных:**

Я уведомлен(а) и даю согласие на трансграничную передачу моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, на территорию следующих иностранных государств:

Получатели персональных данных (при наличии):

(например: иностранные медицинские учреждения, лаборатории, IT-провайдеры)

Цели трансграничной передачи:

- получение консультаций иностранных специалистов
- проведение лабораторных исследований
- хранение и обработка данных в медицинских информационных системах

#### **4. Условия обработки:**

Обработка персональных данных включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Обработка может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования.

#### **5. Подтверждение информированности:**

Мне разъяснено и понятно, что иностранные государства, на территорию которых осуществляется передача персональных данных, могут не обеспечивать адекватную защиту прав субъектов персональных данных.

#### **6. Срок действия согласия:**

Согласие действует с момента его подписания до достижения целей обработки либо до его отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

#### **7. Отзыв согласия:**

Согласие может быть отозвано мной путем направления письменного уведомления в адрес медицинской организации. Мне разъяснены последствия отзыва согласия, включая невозможность оказания медицинских услуг в необходимых случаях.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: «» \_\_\_\_\_ 20 г.—