

## СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ (отказ от передачи данных в ЕГИСЗ)

Я, \_\_\_\_\_  
СНИЛС\* \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
адрес места регистрации (с индексом): \_\_\_\_\_  
адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

Согласен / Отказываюсь от согласия (**выбранное подчеркнуть**)

на передачу ООО «Селин Медикал Групп» (ОГРН 1187746315382, ИНН 7703445101, КПП 770201001, юридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский пер., д. 19, стр. 13, эт 4, комната 11, фактический адрес: 123056, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15, (далее – Оператор) в **единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее — ЕГИСЗ)** моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, гражданство, дату рождения, место жительства и место регистрации, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, иной документ), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС)\*, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, анамнезе, диагнозе и иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации в медико-профилактических целях и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом (оператором), профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, чьи должностные инструкции, функциональные обязанности или выполняемые обязанности, включают право на работу с персональными данными.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, в интересах моего обследования и лечения, обрабатывать и передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных медицинской информационной системы ЕГИСЗ.

\*В случае не предоставления пациентом номера своего СНИЛС, передача электронных данных в ЕГИСЗ будет не возможна.

Настоящий документ подписан мной на основании следующих нормативных актов:

- ст. 78 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- постановления Правительства от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».
- Приказа Минздрава России от 07.09.2020 №947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов».

**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.**

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента  
персональных данных полностью)