

СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ



Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
СНИЛС _____ телефон _____
Документ удостоверяющий личность _____ серия _____, номер _____, Выдан
_____ «__» _____ года, адрес места
регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, _____
(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных полностью)
СНИЛС _____ телефон _____ Документ удостоверяющий личность _____
серия _____, номер _____, Выдан «__» _____
года, _____
адрес места регистрации (с индексом): _____
адрес электронной почты (при наличии) _____
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя: _____

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» _____
согласие на передачу следующих моих персональных
отметка о даче согласия или его отсутствия

данных (персональных данных представляемого мною лица) обществом с ограниченной ответственностью «Дента Арт», расположенному по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 17 ИНН 6166044370, ОГРН 1026104026728 в ЕГИСЗ: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, данные свидетельства о рождении, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения об оказанной медицинской помощи, Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Результаты оказания специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

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.

«__» _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)