

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».

☐

- даю согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ (поставить галочку, если Вы согласны).

☐

- не даю согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ (поставить галочку, если Вы не согласны).

Согласие на передачу следующих моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица): Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника эстетической стоматологии «Галадент» г.Уфа, ул. Российская, дом 94/2, ОГРН - 1050204330802, ИНН -2308125969, КПП - 027601001, в ЕГИСЗ: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС). Сведения о заболеваниях (состояниях), сведения о проведенном лечении, сведения о назначенных лекарственных препаратах. Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию.

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.

_____/_____
(подпись)/ (Ф.И.О.)