

«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор:
ООО «ЛИДЕР-МЕДИЦИНА»
_____/Тимаков Е.Ю./
личная подпись
«28» сентября 2026г

Приложение №6
к Локальному нормативному документу № 1-ЛОК\26
«Политика в отношении обработки персональных данных
в ООО "Лидер-Медицина"».
«Образец согласия на передачу сведений, составляю-
щих врачебную тайну по электронным каналам связи
для несовершеннолетних и недееспособных
граждан»

пгт. Малаховка - 2026г.

СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ПО НЕЗАЩИЩЁННЫМ КАНАЛАМ СВЯЗИ

пгт. Малаховка

«28» сентября 2026

ООО «ЛИДЕР-МЕДИЦИНА»: ОГРН 1135047007160, ИНН 5047143236, КПП 502701001, Юридический адрес: 140030, Московская область, г.о. Люберцы, пгт. Малаховка, ул. Лермонтова, д. 18, кв. 3. Фактический адрес: 140033, Московская область, г.о. Люберцы, пгт. Малаховка, Быковское шоссе, д. 88/1. Лицензия № ЛО41-01162-50/00331682 от 23.05.2019 г. (действует бессрочно). Тел.: +7 (495) 363-63-50, Сайт: <https://lider-medicina.ru/>

Я, нижеподписавшийся(аяся) Петров Пётр Петрович, паспорт: серия 0000 номер 000000 выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020г. в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее — Закон о персональных данных), свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ООО "Лидер-Медицина", 140030, Московская обл., г. Люберцы, пгт. Малаховка, ул. Лермонтова, д. 18, кв. 3 (далее – Оператор) на обработку персональных данных моего ребёнка Иванова Иванова Ивановича на изложенных ниже условиях.

КАНАЛЫ ПЕРЕДАЧИ (отметить разрешённые)

☐ Электронная почта (E-mail):

☐ Мессенджер МАКС по номеру:

+7 (____) _____ - _____ - _____

☐ WhatsApp по номеру:

+7 (____) _____ - _____ - _____

☐ Telegram по номеру:

+7 (____) _____ - _____ - _____

☐ Иной канал (указать):

УВЕДОМЛЕНИЕ О РИСКАХ

Я уведомлён(а) и понимаю, что:

1. Указанные каналы связи (мессенджеры, e-mail, сеть «Интернет») не являются защищёнными и не гарантируют конфиденциальность передаваемой информации от перехвата, утечки или несанкционированного доступа со стороны третьих лиц, операторов связи и интернет-провайдеров.
2. Оператор не несёт ответственности за возможный несанкционированный доступ к переданным по таким каналам данным со стороны третьих лиц.
3. Передача осуществляется исключительно на мой риск и по моей инициативе.
4. Я осознаю, что сведения о состоянии здоровья относятся к специальной категории персональных данных (ст. 10 Закона) и составляют врачебную тайну (ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ).

ПРАВО НА ОТЗЫВ

1. Я вправе в любой момент отозвать настоящее согласие, направив письменное заявление Оператору лично в регистратуру Медицинского центра по фактическому адресу (г.о. Люберцы, р.п. Малаховка, Быковское шоссе, д. 88/1), по юридическому адресу (ул. Лермонтова, д. 18, кв. 3) или на e-mail: info@lider-medicina.ru.
2. После отзыва согласия выдача медицинской документации будет осуществляться только лично в руки при предъявлении документа, удостоверяющего личность.
3. Отзыв согласия:
 - не прекращает передачу, уже осуществлённую до момента получения Оператором заявления об отзыве;
 - не прекращает хранение медицинской документации в установленные законом сроки (25 лет — бумажный носитель / 50 лет — электронная карта).

СРОК ДЕЙСТВИЯ

Настоящее согласие действует с момента подписания до момента отзыва.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Я подтверждаю, что:

- согласие дано добровольно, без принуждения;
- мне разъяснены риски передачи данных по незащищённым каналам связи;
- права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны;
- копию согласия на руки получил.

Сергеев Сергей Сергеевич / _____ / «28» сентября 2026 г.
(подпись) (дата)