

СОГЛАСИЕ

С правилами обработки информации и персональных данных

Я, _____

(Ф.И.О. пациента/законного представителя)

настоящим подтверждаю о своем согласии с правилами обработки информации, персональных данных:

а) ФИО, пол, возраст, образование, место работы, электронный адрес

б) данные о состоянии здоровья, диагнозы, данные о рисках хронических заболеваний, включая результаты медицинских исследований, данные антропометрии, измерений АД, анализа крови, сахара крови, общего холестерина и другие, входящие в состав диспансеризации и скрининговой диагностики

в рамках телемедицинского дистанционного скрининга «Телемед3» принадлежащие оператору ООО «Интеллектуальные программные системы» (регистр.номер №78-25-198477 пр. №607 от 14.10.2025г в Российском Реестре операторов), которые будут выполняться с помощью информационных технологий, компьютерной техники, включая сбор, запись, систематизацию, хранение, уточнение, использование, передачу, блокирование, удаление и уничтожение.

К ним относятся данные на жестких дисках, SSD, USB-флешках, картах памяти и оптических носителях.

Срок действия Информированного добровольного согласия- со дня подписания до отзыва Согласия в письменном виде.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)
(подпись) (расшифровка подписи)