ООО «Клиника Фомина Саратов»
ОГРН 1246400004432
ИНН/КПП 6450117955/645001001
410012, Саратовская область, город Саратов,
улица им Кутякова И.С., зд. 122
saratov@fomin-clinic.ru

ПОЛИТИКА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
ООО «Клиника Фомина Саратов»

(в редакции от «02» ноября 2026 г.)

1. Общие положения

1.1. Настоящая Политика конфиденциальности (далее — «Политика») определяет порядок обработки и защиты персональных данных пользователей сайта https://fomin-clinic.ru/ (далее — «Сайт») и пациентов ООО «Клиника Фомина Саратов» (далее — «Клиника») в соответствии с требованиями:

- Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Постановления Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных»;

1.2. Политика распространяется на все персональные данные, которые Клиника получает от пациентов и посетителей Сайта.

2. Категория обрабатываемых персональных данных.

2.1. Клиника обрабатывает следующие категории данных:

- **Для пациентов:** ФИО, дата рождения, контакты (телефон, email), паспортные данные, СНИЛС, полис ОМС/ДМС, медицинская история, результаты анализов и обследований.
- **Для посетителей Сайта:** cookie, IP-адрес, данные форм обратной связи (имя, телефон, e-mail).

2.2. Данные собираются:

- При записи на прием (онлайн, по телефону, лично);
- При заполнении форм на Сайте;
- В ходе оказания медицинских услуг.

3. Цели обработки персональных данных

3.1. Данные используются для:
- Записи на прием и оказания медицинских услуг;
- Обратной связи с пациентами;
- Улучшения качества услуг;
- Заключения, исполнения и прекращения гражданско-правовых договоров;
- Соблюдения требований законодательства (налоговой отчетности, судебных запросов).

4. Правовые основания обработки

4.1. Обработка данных осуществляется на основании:

- Согласия пациента (ст. 9 ФЗ-152);
- Договора на оказание медицинских услуг (ст. 6 ФЗ-152);
- Закона (например, обязательная передача данных в Роспотребнадзор при инфекционных заболеваниях).

5. Передача данных

5.1. Данные могут передаваться:

- Медицинским сотрудникам Клиники;
- Страховым компаниям (по ДМС/ОМС);
- Государственным органам (по законным запросам);
- Партнерам (лаборатории, диагностические центры — только с согласия пациента).

6. Сроки хранения данных

6.1. Медицинские данные хранятся:

- 5 лет — для первичной мед.документации;
- 25 лет — для карт на бумажном носителе; 50 лет – в случае ведения ее в медицинской информационной системе медицинской организации;
- До отзыва согласия (для маркетинговых рассылок).

7. Защита данных

7.1. Клиника принимает меры защиты в соответствии с Приказом ФСТЭК № 21 и ФСБ № 378, включая:

- Шифрование данных;
- Ограничение доступа сотрудников;
- Регулярные проверки безопасности.

8. Права пациентов

8.1. Пациент имеет право:

- Отозвать согласие на обработку данных;
- Запросить доступ к своим данным;
- Требовать исправления или удаления данных (если нет законных оснований для хранения).

9. Контакты

По вопросам защиты персональных данных обращайтесь:

- **Ответственное лицо:** Генеральный директор Фомин Д.В.
- **E-mail:** saratov@fomin-clinic.ru

10. Заключительные положения

10.1. Политика публикуется на Сайте и вступает в силу с 09.06.25
10.2. Клиника вправе вносить изменения в Политику.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
ООО «КЛИНИКА ФОМИНА САРАТОВ»

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____(ФИО полностью)
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____
Телефон: +7_____

(далее по тексту «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью "Клиника Фомина Саратов", следующих персональных данных:

1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
2) пол;
3) дата рождения;
4) адрес места жительства, адрес регистрации;
5) реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность);
6) реквизиты полиса ОМС/ДМС;
7) страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
8) сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные исследования, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
9) контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Я даю свое добровольное согласие на использование в обезличенном виде моих данных о диагнозе; состоянии здоровья; анамнезе; результатах проведенных в отношении меня медицинских осмотров, освидетельствований, обследований, анализов и их результатов; информацию о ходе и способах моего лечения, применяемых препаратах и иную значимую медицинскую информацию для осуществления медицинскими работниками Оператора научно-исследовательской и образовательной деятельности.

Разглашение персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует по достижении целей обработки, при отзыве согласия и по истечении сроков хранения, установленных законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Я даю согласие, что в случае необходимости Общество вправе предоставить мои Персональные данные (Персональные данные представляемого мной лица), для достижения указанной выше цели третьим лицам: в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Департамент здравоохранения г. Москва, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации, в страховые компании, в клинико-диагностические лаборатории, операторам фискальных данных и иным организациям).

Вышеуказанные третьи лица имеют право на обработку моих Персональных данных (Персональных данных представляемого мной лица) на основании настоящего согласия.

Я даю согласие на получение от Оператора электронных чеков за оплаченные услуги.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____(указать в случае согласия) информационной SMS-рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной адрес электронной почты _____(указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____(указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях путем использования мессенджеров, уровень защиты которых соответствует требованиям действующего законодательства.

Я прошу Оператора осуществлять пересылку результатов функциональной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований, на указанный мной адрес электронной почты_____ (указать в случае согласия).

Я оповещен(а) о том, что информация обо мне и результаты исследования будут конфиденциальны и могут быть раскрыты только мне или моим официальным представителям или по запросу уполномоченных органов. Передача моих персональных данных в не обезличенной форме иным лицам, кроме оговоренных выше, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящим согласием я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанного договора) следующим лицам:

_____

_____

(указать Ф.И.О., контактные номера телефонов и электронной почты).

Содержание и последствия подписания настоящего согласия мне понятны. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, все полученные ответы и разъяснения мне понятны.