

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,

паспорт: серия _____ номер _____, выдан: _____

Адрес места жительства _____

Телефон _____ e-mail _____

(далее «Пациент»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных», № 152-ФЗ, - подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и/или фактического проживания, контактный телефон (абонентский номер), адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о произведенных оплатах в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг,- ООО _____, (далее «Оператор»), находящийся по адресу _____:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учета, хранения и ведения медицинской документации;

- в целях исполнения Оператором условий Договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного с Пациентом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и должностным лицам медицинских организаций, входящих в систему клиник Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) 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.

Даю свое согласие на получение рекламно-информационных материалов путем отправки электронных писем, sms-сообщений и сервисов обмена сообщениями по указанным контактным данным.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, с использованием средств автоматизации и/или без таковых, посредством внесения их в электронную базу данных, ведения медицинской документации в электронном виде, включения в списки (реестры) и отчетные формы, в том числе, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными: со страховыми медицинскими организациями, с медицинскими организациями, входящими в систему клиник Оператора, с операторами фискальных данных и уполномоченными органами государственной власти, с Фондом социального страхования и Фондом обязательного медицинского страхования Российской Федерации, - с использованием машинных и/или бумажных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие, на основании п.5 ст.21 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных», №152-ФЗ, 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, в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

Подписывая настоящее Согласие, я подтверждаю, что все указанные в настоящем документе данные верны и принадлежат непосредственно мне.

Настоящее Согласие действует бессрочно.

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись: _____

Отказываюсь получать рекламно-информационные материалы по указанным контактным данным.