

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

(ФИО заявителя)

дата рождения: _____, паспорт/иной _____ серия: _____ номер
выдан: _____ код

(дата и наименование выдавшего органа)

прописанный(ая) по адресу: _____ (адрес)

проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес проживания)

адрес электронной почты:
действуя на основании:

(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

представляя интересы Пациента:

дата: _____ г., паспорт/иной _____ свидетельство серия: _____ номер
выдан: _____ код

(дата и наименование выдавшего органа)

прописанный(ая) по адресу: _____ (адрес)

проживающий(ая) по адресу: _____ (адрес проживания)

контактные телефоны:

адрес электронной почты:

в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку Оператором - Обществом с ограниченной ответственностью «Семейный Медицинский Центр» (ООО «СМЦ»), место нахождения: г. Ростов-на-Дону, б-р. Комарова, 7а/16а, ОГРН 1116194007731, персональных данных Пациента, включающих в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, контактные адреса электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и иную информацию, полученную при обследовании и лечении (далее – персональные данные) информирования об услугах клиники, о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок и бонусов, предоставления иных, связанных с исполнением договора оказания медицинских услуг, сведений, путем использования средств телемедицины для оказания медицинских услуг, исследований удовлетворенности качеством оказанных услуг и продвижения услуг Оператора на рынке с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки.

Я подтверждаю свое согласие на обработку Оператором персональных данных Пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов, с целью информирования о записи на прием и/или о предстоящем посещении врача, в целях проведения маркетинговых и статистических исследований/программ, в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки, а для оказания услуг по средствам телемедицины – путем использования информационных и телекоммуникационных каналов связи.

Я подтверждаю, что указанный в настоящей согласии номер мобильного телефона, является достоверным и принадлежит мне (Пациенту) на основании надлежащего договора об оказании услуг связи, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя (имя Пациента) и используется мною (Пациентом).

В процессе оказания Оператором медицинских услуг предоставляю право Оператору передавать номера контактных телефонов, e-mail и персональные данные другим операторам — территориальным фондам ОМС, Заказчику медицинской услуги*, Фонду Социального страхования, ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ» (место нахождения: область Московская, район Домодедовский, город Домодедово, шоссе Каширское, 7), а также Заказчику медицинской услуги:

(полное наименование юридического лица / ФИО физического лица Заказчика и его адрес)

Я предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление доступа), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, обработку посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, Программе государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, договору, заключенному Оператором с Заказчиком или медицинским учреждением-соисполнителем.

Я ознакомлен и даю согласие на то, что при обработке персональных данных они могут передаваться по незащищенным (открытым) каналам связи. Я ознакомлен с тем, что передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством РФ. Я уведомлен, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет _____ 25 _____ лет.

Настоящее согласие дано с даты подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора.

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

Оператор

обязан:

1. прекратить обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи,
2. по истечении срока хранения моих персональных данных, установленного законодательством РФ, уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

(Заполняется при отказе от одного или нескольких перечисленных в согласии действий путем указания "Я отказываюсь от")

(ФИО заявителя")

(подпись)

Г.

* Поле заполняется при обслуживании пациент в рамках договоров, заключенных с юридическими или физическими лицами в пользу пациента. Если заключается договор на оказание медицинских услуг физическим лицам непосредственно с подписывающим согласие лицом, то ставится прочерк.