

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
(ФИО заявителя, полностью)

проживающий по адресу: _____,

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(далее по тексту «Потребитель»), 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 ООО «Клиника неврологии», юридический адрес: Российская Федерация, г. Пермь, ул. Максима Горького, 49, (далее — Оператор), моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, телефон и адрес электронной почты, адрес места жительства, реквизиты паспорта (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 моего здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг (далее – договор), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами, сведения о которых указываются в приложении к настоящему согласию, (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания мне медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои персональные данные Заказчику, в том числе, включающие в себя информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, с целью учета и отчетности по договору, а также с целью осуществления Заказчиком контроля качества объемов и сроков оказания медицинской помощи по договору, с целью сообщения информации о наличии у меня заболевания, исключающего медицинское обслуживание по программам добровольного медицинского страхования (для договора, заключенного со страховой компанией), с целью предоставления Заказчику результатов проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного), в том числе предоставлять уполномоченным сотрудникам Заказчика на обозрение медицинскую документацию (медицинскую карту) (ее копии) в полном объеме. 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 электронной почте или 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).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. 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, sms-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).

В случае, если Потребитель является несовершеннолетним или не обладает полной дееспособностью данное Согласие в интересах Потребителя подписывает его законный представитель. В таком случае он выступает Заявителем и указывает свои данные, на обработку которых дается настоящее согласие.

Соглашаюсь на обработку персональных данных согласно заключенному договору:

Дата

_____/ Фамилия и инициалы/

Желаю получать информацию, входящую в медицинскую тайну и содержащуюся в моих медицинских документах на электронную почту:

_____/ Фамилия и инициалы/

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 электронной почте или 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).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

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 защищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не несет ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

В случае, если Потребитель является несовершеннолетним или не обладает полной дееспособностью данное Согласие в интересах Потребителя подписывает его законный представитель. В таком случае он выступает Заявителем и указывает свои данные, на обработку которых дается настоящее согласие.

Я даю согласие на получение информационных сообщений, в том числе содержащих медицинские заключения и копии медицинских карт, от ООО «Клиника неврологии» по указанным мною контактам:

Контактные телефоны: _____ Адрес электронной почты: _____

(Подпись) Дата «__» _____ г.