

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,
(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ даю согласие на обработку медицинским учреждением (далее – Оператор)

(название и адрес медицинского учреждения)

моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации/фактического проживания, занятость, место работы/учебы, инвалидность, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС/ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, биометрические данные (сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность), семейное положение и состав семьи, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий условия, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, другим должностным лицам Оператора, по внутренней сети ОН КЛИНИК, а также по защищенным каналам связи в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Оператора, в интересах моего обследования, лечения и учета.

Я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам. Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора: **ООО "Колтач Солюшнс", ИНН 7703388936**, Юридический адрес: 127018, г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Бутырский, ул. Складочная, д. 1 стр. 9, помещ. 3/1; **ООО "Телемир", ИНН 7701974131**, Юридический адрес: 117420 г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Черемушки, ул. Профсоюзная, 57 648, пом. 1/П; **ООО «Письмо», ИНН 7811602601**, Юридический и почтовый адрес: 191024, г. Санкт-Петербург, ул. Херсонская, д. 8, лит. А, пом. 9-Н; **ООО «Джибукинг», ИНН 7709919541**, Юридический адрес: 105064, г. Москва, Нижний Сусальный пер., д. 5 стр. 17, эт/пом/ком 1/8/17; **ООО «Майндбокс», ИНН 7713688880**, Юридический адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 26.

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.

Оператор имеет право во исполнения своих обязательств по договорам ОМС/ДМС на обмен (прием, передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

В целях улучшения качества обслуживания (подтверждение записи на прием, сбор отзывов, проведение маркетинговых программ) настоящим также даю согласие на получение информации об услугах Оператора посредством (отметить):

e-mail рассылки ☐

СМС сообщений, ☐

по электронной почте ☐

по телефону, ☐

через мессенджеры Телеграм ☐ , WhatsApp ☐ (указать привязанный номер телефона).

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем Соглашении, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне и/или используется мной.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранении первичных медицинских документов.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Соглашения на обработку моих персональных данных, которое может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

При отзыве мною настоящего Соглашения на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Я уведомлен о том, что Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований предусмотренных законодательством РФ.

Разрешаю Оператору передачу сведений, составляющих врачебную тайну следующими способами:

Лично _____

По электронной почте (указать адрес) _____

Мне разъяснено, что Оператор не может гарантировать и не гарантирует доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Оператором, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Оператор не отвечает за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент:

Телефон(ы) для контактов _____

Почтовый адрес _____

Подпись пациента _____ Дата _____

Оператор:

Подпись представителя _____ (Фамилия, имя, отчество) Дата _____