

Согласие на обработку персональных данных Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр»

Я, нижеподписавшийся, {ФамилияИмяОтчество}, проживающий по адресу: {Адрес}, контактный телефон {МобТелефон}, документ удостоверяющий личность: {СерияНомерПаспорта} выдан {Выдан} {ДатаВыдачи}

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку Оператору, моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, биометрические данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. 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, в интересах моего обследования и лечения, а также в иные организации, непосредственно связанные с оказанием мне медицинской помощи или контролирующие органы в случаях, установленных законом.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе со страховыми компаниями по договорам ДМС, ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует с {Дата} и действует один месяц.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Разрешаю передавать информацию о моем здоровье

Подпись субъекта персональных данных _____ {ФамилияИмяОтчество}

Согласие на обработку персональных данных дает один из родителей или иной законный представитель субъекта персональных данных _____ (_____).