

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____ г.рождения, зарегистрированный по адресу: _____, паспортные данные _____ являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – Представитель пациента) несовершеннолетнего (далее – Пациент): _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. "О защите персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ ЗЕЛЕНОГРАД" (ОГРН 1127747175258, ИНН 7735589579, КПП 773501001) (далее - Оператор) моих персональных данных, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий персональных данных фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, ДМС, адрес электронной почты, места работы/учебы, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В соответствии с требованиями статьи 10 федерального закона от 27.07.2006г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных 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. 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией органам исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного действующим законодательством (пять лет -для поликлиники). По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ ЗЕЛЕНОГРАД» при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку в течение 10 рабочих дней, а также времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных
или законного представителя _____ / _____ /

Подпись медицинского работника _____ / _____ /