

Заявление пациента о согласии на обработку персональных данных

Я _____ проживающий (ая) по адресу _____, паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____,

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский Центр «Нью –Медика»

(далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на:

- сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, - получение моих персональных данных у третьих лиц (государственных органов и иных организаций) в порядке и случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

- использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение
- передачу (предоставление, доступ), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные указанные в настоящем согласии персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг; моих персональных данных, а именно:

- фамилию, имя, отчество
- пол, дата рождения, адрес места жительства,
- телефон, место работы, данные паспорта (иной документ _____)
- данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях,
- случаях обращения за медицинской помощью
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. 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, оказанной мне до получения отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Я разрешаю использовать мои персональные данные в целях: поддержания связи со мной, направления мне корреспонденции по указанным мной реквизитам, осуществление обращений по указанным мной номерам телефонов, осуществления отправки SMS-сообщений на указанный номер мобильного телефона, осуществление отправки электронных писем на указанный мной электронный адрес.

Субъект персональных данных (Законный представитель) _____

Согласие получено _____

Дата

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____