

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента (законного представителя))

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
зарегистрирован по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность: паспорт _____,
серия _____ номер _____,
_____,
дата выдачи документа и выдавший его орган _____

в целях оказания медицинских услуг _____,
даю согласие оператору - обществу с ограниченной ответственностью «Медицинская клиника «Онегомед» (далее – Клиника), находящемуся по адресу: 185030, Петрозаводск, Лососинская наб., д. 9, - на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», то есть на обработку моих персональных данных, а именно: фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса регистрации по месту жительства, пола, номера контактного телефона, реквизитов полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), СНИЛС, данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг, своевременного информирования о состоянии здоровья при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально-занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне консультативной, лечебно-диагностической медицинской помощи, оказания платных медицинских услуг предоставляю право работникам Клиники передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах и целях моего обследования, лечения, оказания платных медицинских услуг должностным лицам Клиники, страховым медицинским организациям (при наличии официального запроса), другим лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также на передачу их третьим лицам в случаях, установленных законодательством Российской Федерации. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации. При сборе персональных данных Клиника обязана обеспечить запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение персональных данных граждан Российской Федерации с использованием баз данных, находящихся на территории Российской Федерации.

При обработке персональных данных Клиника принимает необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты моих персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения моих персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении моих персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов пациента. Настоящее соглашение действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать мое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое направляется в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручается лично работнику Клиники. В случае получения моего письменного заявления об отзыве согласия Клиника обязана прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Субъект персональных данных (пациент / законный представитель пациента):

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

контактный телефон _____

«__» _____ 20__ г.