

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____
(дата выдачи и название выдавшего органа)

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического места жительства: _____

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинская Клиника “ДокторФ”» (далее - Оператор) расположенному по адресу: ХМАО-Югра, г.Сургут, ул.Энгельса, зд.12 (ОГРН 1238600006446, ИНН 8602311110) моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), обязательного медицинского страхования (ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), изображения, изготовленные и (или) произведенные для целей оказания медицинских услуг, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, обеспечения предоставления информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, поддержания связи со мной и информирования меня о записи на прием (дате и времени оказания услуг), а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- медицинским организациям, оказывающим услуги, по проведению лабораторных исследований биологического материала, страховым медицинским организациям (в рамках ДМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат, ЕГИСЗ и иным государственным органам.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 202__ г и действует три года.

Условием досрочного прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных _____

подпись

расшифровка подписи