

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

В отношении _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

1. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) следующему оператору: 119192, Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Раменки, улица Мосфильмовская, дом 88, корпус 4, помещение 24 ИНН 773304146882, ОГРН 322774600631722 далее по тексту – Оператор. Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг в ИП Рябус Марина Владимировна.

2. Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; адрес регистрации; номер телефона; ИНН; данные документа, удостоверяющего личность; данные СНИЛС; данные полиса ОМС; реквизиты банковской карты; сведения, собираемые посредством метрических программ.

Специальные категории персональных данных - сведения о состоянии здоровья — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ИП Рябус Марина Владимировна в виде sms-сообщений, сообщений в мессенджерах на указанный мною номер телефона, по e-mail (электронной почте) и телефону.

3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Операторами способов обработки:

1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Операторами, а также у третьих лиц;

2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);

3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных;

4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами;

5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ИП Рябус Марина Владимировна, а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Операторов, если обработка будет поручена таким лицам.

6) блокирование;

7) уничтожение. Операторы также 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).

4. Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Операторами, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ (срок хранения моих персональных данных, срок действия согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет.)

5. Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного

заявления Операторам, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса.

6. Передача моих персональных данных в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения может осуществляться только с моего отдельного письменного согласия.

7. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» ИП Рябус Марина Владимировна имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

8. Я даю свое согласие, на информирование клиникой о дате и времени приемов, новостях и предложениях, с помощью телефонных звонков, смс сообщений и электронной почты сотрудниками клиники, в том числе с помощью автоматизированных средств оповещения, на передачу копий медицинской документации по следующим каналам связи:

9. Мобильный телефон и мессенджер: _____

10. Электронная почта: _____

11. Осознаю, что указанные каналы связи являются открытыми (незащищенными) и ИП Рябус Марина Владимировна не несёт ответственность за сохранность персональных данных и врачебной тайны.

12. Подпись субъекта персональных данных

_____ / _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.