

Согласие на обработку персональных данных

Я

(Ф.И.О. полностью)

(далее – Пациент*/Заказчик**)

*«Пациент» - физическое лицо, в интересах которого оказываются медицинские услуги.

**«Заказчик» - физическое лицо, заключающее договор и/или оплачивающее услуги. Пациент и Заказчик могут совпадать. В случаях, когда Пациент является несовершеннолетним, недееспособным или ограниченно дееспособным, и (или) Заказчиком выступает его представитель (в том числе законный представитель), действующий на основании документов, подтверждающих его полномочия (в том числе свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, решение суда или доверенность). Оператор вправе требовать от Заказчика предоставления копий документов, подтверждающих полномочия Заказчика.

гражданин _____ пол _____ дата рождения _____
(страна)

паспорт _____ (серия и номер)
выдан _____

дата выдачи _____ код подразделения _____,
зарегистрированный(ая) по адресу _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте)

Контактный телефон _____

Электронная почта _____

Документ, подтверждающий полномочия действовать от имени Пациента

Сведения о представляемом:

Ф.И.О. ребенка (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого выступает Заказчик:

дата рождения _____
зарегистрированный(ая) по адресу : _____

свободно, своей волей и в своем интересе даю **обществу с ограниченной ответственностью «Медицинская компания Доктор рядом»** (адрес: 115533, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Нагатино-Садовники, проезд Нагатинский 1-й, д. 11, к. 1 этаж 1, помещ. ХII; ИНН 7736253130; КПП 772401001; ОГРН 1157746867464) (далее – Оператор) согласие на обработку своих персональных данных и/или персональных данных лица (несовершеннолетнего, недееспособного или ограниченно дееспособного), чьим законным представителем я являюсь (персональных данных Пациента) в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».

1.2. Я подтверждаю, что в случае записи на прием несовершеннолетних лиц я являюсь их родителем или иным законным представителем, а в случае записи мной иных лиц я имею соответствующие законные основания, разрешения и согласия на передачу персональных данных Оператору и их обработку на условиях настоящего согласия.

1.3. Целями обработки персональных данных являются:

- заключение и исполнение договора на оказание Пациенту медицинских (в том числе с использованием телемедицинских технологий) и/или иных услуг;
- оказание Пациенту вышеуказанных услуг;
- исполнение договоров и иных обязательств перед лицами, которые являются заказчиками оказываемых медицинских услуг на основании заключенных с Оператором договоров, в том числе государственными органами, государственными и муниципальными учреждениями, страховыми организациями;
- работа с обращениями, претензиями;
- проведение статистических исследований при условии обезличивания персональных данных.

Персональные данные могут быть использованы в иных целях, если это является обязательным в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- день, месяц и год и место рождения;
- гражданство;
- адрес регистрации и адрес места жительства;
- паспортные данные (серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения);
- страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)
- адрес электронной почты;
- контактный номер телефона;
- реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (при необходимости);
- сведения о состоянии здоровья, как добавленные Заказчиком /Пациентом самостоятельно, так и полученные в ходе консультаций, сведения о заявках и фактах обращения за медицинскими (в том числе с использованием телемедицинских технологий) и иными услугами, история обращений к врачам, заключения по результатам проведенных консультаций, результаты медицинских исследований и анализов, жалобы на состояние здоровья, анамнез, диагнозы, сведения о применяемом лечении, включая препараты, сведения о ранее проведенном лечении, сведения и документы, самостоятельно загруженные Заказчиком/Пациентом, иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также иные данные, которые могут быть получены в целях и рамках оказания медицинских услуг;
- антропометрические данные (рост, вес) и социально-демографические сведения семейное положение, состав семьи, образование, социальное положение, профессия, место работы, сведения о работодателе только в случае, если такие сведения необходимы специалисту для адекватной оценки медицинского состояния Пациента и назначения обоснованных рекомендаций в рамках консультации.
- сведения о приобретенных продуктах и услугах, дате и времени покупки, их стоимости, идентификатор пользователя, номер и дата выдачи сертификата на оказание медицинских (в том числе с использованием телемедицинских технологий) и иных услуг (при наличии), стоимость приобретенной Заказчиком/Пациентом программы медицинского обслуживания.

1.5. Я подтверждаю, что указанный мной контактный номер телефона при прохождении регистрации в личном кабинете Заказчика/Пациента является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи, а указанный мной адрес электронной почты зарегистрирован на мое имя принадлежит мне и используется мной.

1.6. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

1.7. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: любое действие или совокупность действий с персональными данными, необходимые для оказания медицинских услуг, установленные ст. 3 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в том числе передача персональных данных Пациента/Заказчика в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, по защищенным каналам связи и на машинных носителях в зашифрованном виде в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена такому лицу.

1.8. Способы обработки персональных данных: автоматизированная, неавтоматизированная, смешанная обработка персональных данных.

1.9. Я уведомлен(а) и согласен(на), что Оператор в установленном законодательством Российской Федерации порядке обязан осуществлять обработку и информационный обмен моими персональными данными, указанными в настоящем согласии, включая сведения, составляющие врачебную тайну, посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

1.10. Я даю согласие на передачу моих персональных данных третьим лицам, в том числе лицам, осуществляющим обработку данных по поручению Оператора, в целях получения Пациентом медицинских, в том числе телемедицинских консультаций, и иных услуг, проведения лабораторных и диагностических

исследований, а также обеспечения технической поддержки процесса оказания медицинских услуг. К таким третьим лицам относятся следующие категории: аккредитованные медицинские лаборатории и медицинские организации, страховые компании, ИТ-провайдеры, обеспечивающие техническую поддержку, иные организации. Полная информация о третьих лицах, включая наименования, реквизиты, цели и объемы обработки персональных данных, указана в приложении № 1 к настоящему согласию, размещенном на официальном сайте ООО «МК Доктор рядом» - dr-telemed.ru, и доступна для ознакомления в любое время.

Я осознаю, что наличие третьего лица в перечне потенциальных получателей персональных данных в приложении № 1 к настоящему согласию не влечет безусловной (автоматической) передачи ему моих персональных данных. Передача персональных данных конкретному третьему лицу осуществляется исключительно при наличии необходимости достижения конкретных, заранее определенных целей обработки, прямо указанных в предоставленном согласии, при этом объем передаваемых данных ограничивается строго необходимым минимумом для достижения указанных целей обработки персональных данных с обязательным соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований к конфиденциальности и безопасности обработки персональных данных.

1.11. Настоящее согласие дано на срок действия договора на оказания медицинских услуг и/или на срок получения медицинских услуг и действует в течение 5 лет после окончания действия указанного договора и/или завершения срока оказания медицинских услуг, если иной срок не установлен действующим законодательством Российской Федерации.

1.12. Я уведомлен(а), что настоящее согласие может быть отозвано мной следующими способами:

- путем направления подписанного собственноручной подписью заявления по почте или курьерской службой на адрес: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, 31Г, 5 подъезд, 9 этаж для ООО «МК Доктор рядом»;
- путем отправки файла заявления, подписанного собственноручной подписью, с адреса электронной почты, указанного настоящим согласием, на адрес электронной почты support.telemed@dr-telemed.ru с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных»;
- путем отправки файла заявления, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, с адреса электронной почты, указанного настоящим согласием, на адрес электронной почты support.telemed@dr-telemed.ru с пометкой «Отзыв согласия на обработку персональных данных»;
- путем личного обращения с заявлением в ООО «МК Доктор рядом» по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, 31Г, 5 подъезд, 9 этаж с предъявлением оригинала паспорта.

Приложение: 1. Перечень третьих лиц, которым может быть осуществлена передача (поручена обработка) персональных данных Пациента / Заказчика .

Пациент/Заказчик _____ 20 ____ г.
(Фамилия Имя Отчество полностью, подпись, дата)