

Согласие на обработку персональных данных

Я, Пациент/
Заказчик _____ (Ф.И.О. полностью)
гражданин _____ пол _____ дата рождения _____
(страна)
паспорт _____
(серия и номер)
выдан _____
дата выдачи _____ код подразделения _____
прописанный (ая) по адресу _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)
проживающий (ая) по адресу _____
Контактные телефоны _____
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с
указанием кода города)
Электронная почта _____

В случае если Заказчик выступает представителем, документ, подтверждающий полномочия действовать о имени Пациента _____

Сведения о представляемом
Ф.И.О. ребенка (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица,
от имени которого выступает законный представитель:

дата рождения _____
проживающий (ая) по адресу _____

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

1.2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

1.3. Целью обработки персональных данных является исполнение договора на оказание медицинских услуг и (или) получение медицинских услуг пациентом. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства 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 места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, адрес электронной почты, номер телефона, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), изображение гражданина, запись его голоса, видеозапись консультации, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, прямо или косвенно относящиеся к определенному или определяемому физическому лицу, идентифицирующие субъекта персональных данных, которые могут быть получены в целях и рамках оказания медицинских услуг.

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

Дополнительно я даю согласие на обработку обезличенных персональных данных (информации, которая не позволяет связать данные с субъектом персональных данных), способами обработки, указанными ниже, в целях проведения анализа, статистических и иных исследований.

Даю согласие на обработку персональных данных и информационный обмен указанными данными посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

1.5. 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» с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (смешанная обработка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в том числе передачу персональных данных Заказчика и (или Пациента, представителем которого он является) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по защищенным каналам связи (на машинных носителях) в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена такому лицу.

Я даю согласие на передачу своих вышеуказанных персональных данных и данных Пациента третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам, включая трансграничную (если пользование медицинскими услугами с применением телемедицинских технологий осуществляется за пределами территории РФ).

Оператор также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством РФ, регламентирующим предоставление отчетных данных (документов), а также автоматизированные информационные системы. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам, а также обязательств, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации на осуществление обмена персональными данными (прием и передача) Пациента (Заказчика) с третьими лицами, а именно: со страховыми медицинскими организациями, фондами ОМС (ФОМС, ТФОМС и др.), иными государственными организациями, медицинскими организациями, а также иными коммерческими организациями (в том числе медицинскими лабораториями).

1.6. 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 РФ.

1.7. Я уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано мной путем направления письменного уведомления Оператору на адрес: 115533, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Нагатино-Садовники, проезд Нагатинский 1-й, д. 11, к. 1 этаж 1, помещ XII, для ООО «МК Доктор рядом»).

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