

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

.....Дата рождения ____ . ____ . ____ г.р.,
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных/ Пациента/Заказчика/Законного представителя)
зарегистрированный(ая) по адресу:
(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающий(ая) по адресу.....
(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность:
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС.....
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
контактный телефон, эл. почта

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации; отражения информации в медицинской документации; предоставления сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), в том числе с целью выяснения ими обстоятельств страхового случая и администрирования дела о страховом случае; предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг, даю свое согласие на обработку _____ расположенного(ой) по адресу(ам): _____ (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес эл. почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в целях моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, иные сведения, полученные при обследовании и лечении) посредством внесения их в электронную базу данных, в том числе - обработку персональных данных Исполнителем в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг по настоящему Договору, осуществления деятельности Исполнителя, в том числе научной и образовательной, направления Пациенту информации о медицинских услугах оказываемых Исполнителем и рекламных материалов, Пациент предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Исполнителя, в том числе, в интересах обследования и лечения, когда применимо, производить обмен (прием и передачу) персональных данных Пациента по договорам со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

согласие на индивидуальное общение с индивидуальным менеджером посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной связи и СМС-сообщений, для сопровождения пациента по вопросам прохождения дальнейшего лечения.

Даю согласие на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения в лице Министерства здравоохранения, обеспечивающей обработку, включая сбор и хранение, биометрических персональных данных, их проверку и передачу информации о степени их соответствия предоставленным биометрическим персональным данным физического лица, в целях моей регистрации в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения- ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения в лице Министерства здравоохранения)

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим физическим лицам:

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

Настоящее согласие действует с даты его подписания и действует бессрочно.

При этом Исполнитель вправе продолжить обработку персональных данных, на осуществление которой в соответствии с законодательством согласие Пациента не требуется в соответствии со статьями 13 и 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выражаю ФИО, дата рождения, паспорт, согласие на запрос, разглашение, передачу и получение в письменном виде сведений о моем состоянии здоровья, планируемом и проводимом медицинском вмешательстве, тактике лечения и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи в любых медицинских организациях на территории Российской Федерации.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись Пациента/Заказчика/Законного представителя:.....

Дата: