

Общество с ограниченной ответственностью «Ульфар»

СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ/ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____, "___" _____ г.р.,

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

проживающ по адресу: _____,
паспорт: серия _____ номер _____, выдан "___" _____ г. _____

_____ (дата и наименование выдавшего органа), руководствуясь ст. 9, п. 2 ч. 2 ст. 22, п. 6 ч. 3 ст. 23 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Ульфар» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- 2) пол;
- 3) дата рождения; место рождения; гражданство;
- 4) данные документа, удостоверяющего личность;
- 5) место жительства; место регистрации; дата регистрации;
- 6) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- 7) номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС); номер полиса добровольного медицинского страхования (ДМС);
- 8) анамнез; диагноз;
- 9) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, в которой мне оказывались медицинские услуги;
- 10) вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи;
- 11) сроки оказания медицинской помощи;
- 12) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- 15) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;
- 16) примененные стандарты медицинской помощи;
- 17) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.
- 18) контактный телефон;
- 19) адрес электронной почты, пользовательские данные (сведения о местоположении, тип и версия ОС, тип и версия Браузера; тип устройства и разрешение его экрана; источник, откуда пришел на сайт пользователь, с какого сайта или по какой рекламе; язык ОС и Браузера; какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь, ip-адрес), - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется ответственным лицом оператора, обязанным сохранять их конфиденциальность.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе данные, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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).

Предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, без специального уведомления меня об этом, в том числе страховой медицинской организацией;

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных документов и составляет 25 (лет). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной добровольно «___» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____
(должность, ФИО)