

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, __ (Паспорт гражданина РФ, серия: -, выдан: _____ года, _____ -, № подр. _____ Адрес: Самарская обл, Тольятти г, -) (далее - Субъект) в соответствии с требованиями ст. 9 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "32 КАРАТА-МЕДИЦИНА", (далее - Оператор), обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; паспортные данные; сведения о месте регистрации, проживания; контактный телефон; реквизиты полиса ОМС (ДМС); данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаи обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, а также в страховую компанию, с которой у меня заключен договор страхования. Я 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, включая в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Оператор имеет право, во исполнение своих обязательств, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами государственной власти, государственными структурами, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным хранить врачебную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной 17 марта 2023 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.

«Субъект персональных данных »

_____/_____/