

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

Я, _____ паспорт серии _____

№ _____, выдан _____ «__» _____ г.,

действующ(ий/ая) в отношении _____ «__» _____ г.р.

«ФИО пациента, при подписании согласия законным представителем

паспорт серии _____ № _____, выдан _____

«__» _____ г.,

адрес регистрации: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Оперативной Офтальмологии», юридический адрес: 432017, Ульяновская область, г Ульяновск, ул Минаева, д. 38.1, помещ. 15 (далее – Оператор) моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями статей 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему подопечному, я предоставляю право медицинским работникам Оператора, передавать персональные данные моего подопечного, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора и иным лицам, оказывающих медицинские услуги в помещении ООО «Центр Оперативной Офтальмологии», в интересах обследования и лечения.

Перечень персональных данных моего подопечного, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата, месяц, год рождения, пол, адрес места жительства, контактный номер телефона, место учебы, сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования, сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности), сведения о заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах, результаты медицинских исследований, сведения, которые характеризуют физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность (биометрические персональные данные), мои данные: фамилия, имя, отчество, дата, месяц, адрес места жительства, контактный номер телефона.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Передача персональных данных моих и моего подопечными иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с согласие его законных представителей, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем подачи в ООО «Центр Оперативной Офтальмологии» письменного заявления об отзыве согласия. 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 оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 202__ г.

Подпись субъекта персональных данных

/ _____ / _____ /

подпись

фамилия, инициалы