ОГРН: 1216600062931,

Лицензия №: № Л041-01021-66/00380273от 28.02.2022

Согласие на обработку персональных данных

Я

профессиональную тайну.

'
года рождения, паспорт гражданина РФ серия:, выдан
зарегистрированный(ая) по адресу:
в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. N152-ФЗ "О
персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю и даю
свое согласие на обработку ООО «Дейли Мед Клиника» (далее-Клиника) моих
персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения,
серию и номер паспорта, иные паспортные данные, адрес места жительства и
регистрации, контактный(е) телефон(ы), адрес(а) электронной почты, профессию и место
работы, реквизиты полиса ДМС (ОМС), данные о состоянии моего здоровья,
заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медикопрофилактических
целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при
условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся
медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе
оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам
передавать мои персональные данные, включая сведения, содержащие врачебную тайну,
другим должностным лицам Клиники в интересах обследования и моего лечения.
Предоставляю Клинике право осуществлять все действия(операции) с моими
персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение,
обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.
Клиника 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) по ОМС (договором ДМС). Клиника имеет право, во исполнение своих обязательств по договору ДМС (по работе в системе ОМС), на обмен (прием и
передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями
и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам
связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа,
при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять
inpir jestobilit, ito imi inpirem ii oopaootka ojaji oojaqeetbiiniben iiinqom, oonsaiiibini oonpainiib

Разрешение на передачу информации о состоянии здоровья(заболевании).

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации, я,

разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, его диагноз и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах

также любые другие сведения о моем здоровье) только следующим лицам:
1)
2)
3)
Ф.И.О. лиц(а) уполномоченного(ых) получать информацию
(подпись пациента или законного представителя)
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, установленных законом.
Настоящее согласие дано мной года и действует в течение неопределенного срока, до предоставления мной письменного заявления об отзыве настоящего согласия. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.
Прошу информацию о состоянии моего здоровья (наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о моем здоровье, включая результаты лабораторных и инструментальных исследований и заключений врачей-специалистов) направлять мне по адресу электронной почты
Подписывая настоящий документ, я даю согласие на получение от ООО "ДМК" информационных сообщений, в том числе рекламного характера, по средствам SMS-сообщений или сообщений в мессенджерах WhatsApp, Telegram на указанные мною номер телефона и/или адрес электронной почты.
При этом я подтверждаю, что ознакомлен с тем, что электронная почта и телефонная связь не являются каналами связи, обеспечивающими максимальную степень защиты передаваемой по ним информации, и отказываюсь от любых претензий (в том числе, материальных) к Клинике в связи с тем, что в результате использования электронной почты или телефонной связи информация, передаваемая с их помощью, может потенциально стать доступной третьим лицам. О возможных последствиях потери конфиденциальности данной информации предупрежден.
Претензий к ООО «Дейли Мед Клиник» в области связи и информации не имею
(подпись, фамилия, имя, отчество полностью)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес

Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под роспись представителю Клиники.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

(подпись, фамилия, имя, отчество полностью)