

СОГЛАСИЕ на обработку и передачу персональных данных

Я, нижеподписавшийся , паспорт _____
Ф.И.О. Полностью _____

серия и номер выдан дата и название выдавшего органа

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "ЭДЕЛЬВАЙС",
юр.адрес: г. Екатеринбург, ул. Краснолесья, д. 147, кв. 117_, факт. адрес: г. Екатеринбург, ул.
Гагарина, д.47

название и адрес медицинского учреждения

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, паспортные данные (или данные другого документа, удостоверяющего личность), СНИЛС, ИНН, контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты, место работы и должность, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях 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 Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, 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, блокирование, уничтожение, запись, извлечение, удаление. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, находящиеся в электронной истории моей болезни, включать её в списки (реестры) и отчетные формы, а также совершать иные действия, не запрещенные действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Даю свое согласие на передачу моих персональных данных в единую государственную систему здравоохранения (ЕГИСЗ): да / нет _____ /подпись

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 представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
Контактный(е) телефон(ы) _____

адрес регистрации _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Ф.И.О.