

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____
паспорт № _____ дата выдачи _____,
орган выдавший паспорт _____,

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр лабораторной диагностики» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, 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 обязательным 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.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие подписано мной и действует с « _____ » _____ 202__ г. 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 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 медицинской услуги.

Контактный телефон: _____

В соответствии с требованиями ст. 9 152 ФЗ «О персональных данных» **я подтверждаю свое согласие** на обработку Клиникой моих (представляемого) данных, в том числе биометрических, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне (представляемому) платных медицинских и иных услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня (представляемого) или других лиц.

Я прошу работников Клиники направлять мне по электронной почте _____ или путем Sms сообщений по номеру _____ информацию о предстоящей записи к врачам специалистам Клиники, информацию об оказанных мне медицинских услугах и ходе моего лечения, результаты рентгенологических и диагностических исследований, а так же информацию о специальных программах и акциях клиники.

Я проинформирован (а) о том, что такая передача информации, в том числе медицинской документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности. Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих мою врачебную тайну, **я выражаю желание и прошу работников Клиники направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты и (или) смс-сообщений**, так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством ее получения по данным каналам связи. Я здраво оцениваю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Так же я выражаю согласие на использование вышеуказанной информации в целях направления по моей просьбе кассового чека в электронной форме на предоставленный номер или по вышеуказанной электронной почте в соответствии с ФЗ 54 «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов с использованием электронных средств платежа».

Почтовый адрес пациента: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ /ФИО пациента _____

Подпись _____ /ФИО сотрудника регистратора договора _____