ООО «МЦ 8 за»
ИНН 4029053891, КПП 402901001 Калужская обл. г. Калуга ул. Ленина д.1 пом.38
р/сч 40702810302270003893 ООО «Банк Точка», г. Москва к/с: 30101810745374525104 БИК: 044525104
тел. 8(4842)40-02-04

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____,

проживающий по адресу _____,
паспорт <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 «МЦ 8 за» (место нахождение: Калужская область, г. Калуга ул. Ленина д. 1 пом.38) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика для оформления корешка налогового вычета (ИНН), 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 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.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в т.ч. в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств перед государственными органами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с Фондом Социального Страхования (ФСС) и др. госорганами, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной <дата> _____ 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.

Контактный(е) телефон(ы): _____

Подпись субъекта персональных данных _____