

Согласие на сбор и обработку персональных данных

Я, _____ ИИН _____,
являясь Пациентом **Центра педиатрии и семейного здоровья «Amangeldy Clinic» (ТОО «Detox Centre»)**.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших совершеннолетия, или недееспособных граждан:

Я, _____ ИИН _____
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Пациента (ребенка или лица, признанного недееспособным): _____
ИИН _____ - ребенка или недееспособного гражданина

в соответствии с требованиями Закона РК «О персональных данных и их защите» подтверждаю свое согласие на обработку **ТОО «Detox Centre»** (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон(ы), 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 сохранять врачебную тайну.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных Министерства здравоохранения РК.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие (за исключением случаев, при которых использование персональных данных Оператором требуется в соответствии с законодательством РК) 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.

Подпись _____

Дата _____