

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Имя пациента(Ф.И.О.): _____

Дата рождения: _____

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Реквизиты документа: серия _____ номер _____

Кем выдан: _____ Код подразделения _____

Дата выдачи: _____

Место регистрации: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27 07 2006 г «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных Обществу с ограниченной ответственностью «МЭЛА», юридический адрес: 119192, г. Москва, Россия, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, 34, помещ/этаж XVI / кабинет 2. (далее - Оператор).

При этом под персональными данными понимаются относящиеся ко мне сведения и информация, такие как фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании; сведения с профессии и местах работы, сведения о семейном, социальном, имущественном положениях, детях и т.п., на бумажных и/или электронных носителях, которые были или будут переданы Оператору мной лично или поступили (поступят) к Оператору иным способом для заключения договора(-ов) между мной и Оператором.

Настоящим разрешаю, такие данные как: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), и т.п. обрабатывать ответственному сотруднику Оператора. Настоящим разрешаю, такие сведения как фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, паспортные данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о постановке на налоговый учет (ИНН), и т.п., а также данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения об образовании, сведения с профессии и местах работы, сведения о семейном, социальном, имущественном положениях, детях и т.п., обрабатывать лицу, профессионально занимающемуся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор запрашивает вышеуказанные сведения и информацию в медико-профилактических целях в целях установления медицинского диагноза и оказания платных медицинских услуг. Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС. Обмен (прием и передача) персональных данных со страховой организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных 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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет, при условии отсутствия у Оператора сведений об их отзыве.

Я уведомлен(-а) и согласен(-а) с тем, что данное согласие может быть отозвано путем направления Оператору в письменной форме заявления об отзыве согласия заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под роспись ответственному сотруднику Оператора. В этом случае, после получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор прекращает их обработку в течение периода времени необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах. Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты.

Подпись субъекта персональных данных _____ /Ф.И.О.пациента /