

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА (старше 18 лет).

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____,
проживающий(-ая) по адресу: _____,
_____,
документ, удостоверяющий личность: _____,
(наименование документа, серия, номер)

(кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных **Обществу с ограниченной ответственностью «Инмоскоу» (ОГРН 117746775326, ИНН 9729112862, КПП 77260100, адрес места нахождения: 115191 г. Москва, ул. Большая Тульская, д.54, эт.1, пом.П, ком.24) – далее Оператору.**

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, идентификационный номер налогоплательщика, номер телефона, место работы/учебы, должность, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), банковские реквизиты.

Согласно статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" я также даю согласие на обработку специальной категории персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, при условии, что она осуществляется только лицами профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, в том числе: информацию об анамнезе, жалобах, состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о рекомендованных и проведенных диагностических мероприятиях, установленных диагнозах, назначенном и проведенном лечении, рекомендациях, принимаемых лекарственных препаратах.

Цель обработки персональных данных: оказание мне платных медицинских услуг и/или медицинских услуг по полису добровольного медицинского страхования и совершение действий, связанных с их оказанием или необходимых для их оказания.

Перечень действий с моими персональными данными: я, даю согласие на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» - обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии. Оператор вправе при обработке моих персональных данных, в частности, вносить их в электронную базу данных, передавать в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, включать в списки (реестры) и отчетные формы, осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с государственными организациями/органами и контролирующими органами, совершать иные действия во исполнение требований действующего законодательства, предъявляемыми к Оператору в связи с осуществлением им медицинской деятельности. В этом случае, прием и обработку должны осуществлять лица, обязанные сохранять профессиональную тайну, передача должна осуществляться с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, чем предусмотрено настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного согласия с соблюдением требований действующего законодательства.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва.

Отзыв согласия полностью или частично осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение 10 календарных дней с даты получения моего письменного заявления. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации в течение всего срока, предусмотренного для хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) – 25 лет.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись потребителя(пациента))

(расшифровка подписи потребителя (пациента))