

Согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне.

Я, Пациент, _____

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Паспорт: _____ выдан: _____

(серия и номер)

(когда и кем)

код подразделения: _____

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

Контактные телефоны: _____ E-mail: _____

или законный представитель

Я, Представитель Пациента, _____

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Паспорт: _____ выдан: _____

(серия и номер)

(когда и кем)

код подразделения: _____

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

Контактные телефоны: _____ E-mail: _____

На основании: _____

(Степень родства и /или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

Представляющий интересы Пациента _____

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Свидетельство о рождении: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»:

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «АиБ» (далее – Оператор), место нахождения: 127473, Москва г., ул. Самотечная, д. 17А, и в случае предоставления данных о третьих лицах гарантирую, что данное согласие получено от лиц (субъектов данных), чьи данные предоставляются Оператору, на обработку предоставленных данных, т.е. осуществление любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых без использования средств автоматизации, с предоставленными данными, в том числе персональными данными, включая получение, ввод, сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе передачи третьим лицам), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, а также обработка персональных данных и сведений лиц, отнесенных к врачебной тайне, законным представителем которых я являюсь осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установление медицинского диагноза и оказания медицинских, медико-социальных, немедицинских услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров, в целях улучшения качества обслуживания пациентов, в целях ознакомления с информационными материалами от имени Оператора, в том числе с рекламными материалами Оператора и/или третьих лиц, защиты прав и законных интересов Оператора, в целях проведения статистических и прочих исследований на основе обезличенных данных.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных, относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, законным представителем которых я являюсь, а так же в целях оказания медицинских, медико-социальных, немедицинских услуг Оператором путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), СМС (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих моих персональных данных, а также персональных данных лиц, законным представителем которых я являюсь: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, медицинского обследования и лечения, оказания медицинских, медико-социальных, немедицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора в виде sms-сообщений, по e:mail (электронной почте) и телефону на указанный выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, а также данные лиц, официальным представителем которых я являюсь, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения, оказания медицинских, медико-социальных, немедицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, а также данные лиц, официальным представителем которых я являюсь посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, а также данными лиц, официальным представителем которых я являюсь со страховой медицинской организацией.

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 представителя Оператора.

В случае получения моего письменного согласия об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения обработки данных.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Пациент
(Представитель пациента)

Подпись / Ф.И.О. полностью

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.