

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>
Зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
Паспорт: серия <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_НОМЕР>
Выдан: <ПАСПОРТ_ВЫДАН>, дата выдачи: <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку ООО»ДИВУС», расположенному по адресу: Москва, ул. Климашкина, д. 16, помещение 3 (далее – «Оператор» «Клиника»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

-страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Даю согласие на размещение ФИО и изображений, полученного при видеосъемке отзыва о Клинике, без публичного разглашения медицинской информации. Данное согласие распространяется на публикацию в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», на сайте Оператора, в социальных сетях.

Согласие на размещение изображения, полученного при видеосъемке отзыва о Клинике, действует в течение 5(пяти) лет с автоматической пролонгацией, если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». Клиника оказывает услугу информирования, посредством направления информации, по телекоммуникационным каналам связи, на указанный Заказчиком контактный номер телефона.

На указанный Заказчиком номер телефона передается информация о предстоящей записи на прием, о специальных предложениях Клиника. Настоящим согласием Заказчик дает свое согласие на смс информирование и дальнейшие рекламные коммуникации по указанному номеру телефона. Я осведомлен(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Клиника) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

Настоящее согласие действует бессрочно. Заказчик вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных, Клиника обязана прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____

расшифровка подписи