

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____
проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ и статьи 13 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией ООО «ЦПМТ академика Дикюля», расположенной по адресу: г. Москва, Ленинский пр-т, д. 131, квартал 3741 (далее - Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), реквизиты полисов добровольного и/или обязательного медицинского страхования (ДМС и ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), биометрические данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС, ОМС между Оператором и страховой медицинской компании, а также договором на оказание платных медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанным выше договорам на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией с использованием средств автоматизации, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной « » _____ 201__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных: _____