

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
«___» _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
_____ г.,
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
_____ г.,

Раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:
Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
«___» _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
_____ г.,
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
_____ г.,
являясь законным представителем (*мать, отец, усыновитель, попечитель – нужное подчеркнуть*)
_____ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина (полностью)
«___» _____ года рождения

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «МАРТ», ОГРН 1137847294595, адрес местонахождения: Санкт-Петербург, Малый пр. В.О., д. 54, корпус 3, литер Ж** (далее – Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места рождения, гражданство, данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания, данные номера(ов) телефона(ов) (сотовый, домашний), место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), фотография, антропометрические данные, данные свидетельства о присвоении идентификационного номера налогоплательщика, данные полиса ДМС (и/или ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по договорам ДМС/ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС/ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС и иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять профессиональную тайну.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и

обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

В случае моего отзыва согласия на обработку моих персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия, если это необходимо для целей исполнения заключенного ранее договора, а так же в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

Я осведомлен(-а) о том, что в целях обеспечения безопасности и контроля качества оказания медицинской услуги на территории медицинского центра ведется видео и аудио наблюдение.

Согласен(-а) / не согласен(-а) получать информацию о своем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни.

Даю свое согласие на передачу конфиденциальной информации о себе, моем состоянии здоровья, результатах медицинских вмешательств, прогнозе для здоровья и жизни следующим лицам: ООО «МАРТ», _____

Согласен(-а) / не согласен(-а) получать информационную рассылку об услугах Оператора по телефону _____, по электронной почте _____.

Контактный телефон: _____

Почтовый адрес: _____

_____ / _____ « ____ » _____ 202__ г.
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено « ____ » _____ 202__ г.

Уполномоченный представитель Оператора: _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)