

ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ"

Юридический адрес: 119049, Москва, Ленинский проспект, д.2А

ОГРН: 5157746173217 ИНН: 7706431379

**Согласие на обработку персональных данных
и сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, _____:

Зарегистрирован по адресу:

в соответствии с требованиями статьи 9, 10 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» добровольно даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, включая личную фотографию, статус пациента (работающий, неработающий, военнослужащий), место работы или службы, данные документов, подтверждающих право на дополнительные права и гарантии, данные о состоянии здоровья и заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью, контактные телефоны и адреса электронной почты, а также другую информацию в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и иных, связанных с этим мероприятий по защите здоровья и иных жизненно важных интересов субъекта или иных лиц, а также в целях внутреннего и государственного учета, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской и иными видами разрешенной деятельности Оператора, и обязанным сохранять врачебную тайну и мои персональные данные, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам и должностным лицам Оператора, в том числе с использованием медицинских информационных систем, медицинским специалистам, приглашенным для участия в оказании медицинской помощи в учреждении Оператора, а также медицинским организациям, с которыми у Оператора заключены договора об оказании услуг, включая медицинские лаборатории, в интересах моего обследования и лечения, при проведении клинико-экспертной работы и мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, а также выполнения Оператором иной деятельности, предусмотренной уставом и законодательством Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), 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 предоставление отчетных данных, включая обмен данными со страховыми организациями, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, экспертными организациями, государственными органами ведомственного контроля и надзора в сфере здравоохранения с использованием машинных носителей или по установленным защищенным каналам связи, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

Иное разглашение моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, прямо установленных законодательством Российской Федерации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Я уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано (полностью или частично) путем подачи письменного заявления. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, Оператор обязан прекратить их обработку за исключением информации, подлежащей учету помимо согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных ч.1 ст. 6 и согласно п.ч.2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также п.8 и 9 ч.4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Выражаю свое СОГЛАСИЕ /НЕ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение от ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ" в лице уполномоченных сотрудников, рекламно-информационных рассылок, электронных писем, СМС, телефонных звонков с целью выполнения условий Договора и информирования пациента о новостях клиники (акциях, скидках), о режиме работы клиники, графике работы врача, напоминании о записи к доктору и иной информации в рамках оказания платных медицинских услуг, в том числе на передачу соответствующей информации третьим (иным) лицам, привлекаемых по договору к исполнению указанных действий.

Адрес электронной почты пациента для получения электронных писем от ООО "ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ": _____.

Я, _____, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и значение данного документа.

Получив полную информацию, даю свое согласие на предоставление Оператором информации, содержащей мои персональные данные и врачебную тайну, мне лично, по телефону (при звонке Оператора) и по электронной почте, данные о которых указаны в настоящем согласии.

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

Телефон: _____

(личная подпись)

(расшифровка подписи)

(дата оформления)

Подпись сотрудника, принявшего согласие:

(личная подпись)

(должность и расшифровка подписи)