

Согласие на обработку персональных данных

√ Я, _____
Действуя в интересах _____
Ф.И.О. степень родства _____
√ проживающий по адресу _____,
√ паспорт _____, выдан _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, (Ф.И.О. законного представителя пациента) ,

дата рождения _____

проживающий (ая) по адресу: _____

Контактный телефон _____

Паспорт законного представителя: серия: _____ номер: _____ Кем выдан: _____

Дата выдачи: _____

Являюсь законным представителем ребенка / пациента, признанного недееспособным (Ф.И.О ребенка полностью): _____

Дата рождения ребенка _____

в соответствии с требованиями ст.ст. 6, 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Вертикаль» (далее – Оператор), моих персональных данных и моего ребёнка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского 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 (моего ребенка) данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, 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 (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств в рамках отношений, связанных с оказанием платных медицинских услуг в случаях случая, когда обязанность предоставления персональных данных предусмотрена законодательством или непосредственно связана с исполнением договора с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет (пять) лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

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 представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

√ Контактный(е) телефон(ы) _____,

√ Настоящее согласие дано мной и действует 5 лет после прекращения обязательств по договору

√ Подпись субъекта персональных данных _____

√ Подпись законного представителя _____

Дата _____