

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ» Об основах охраны здоровья граждан в РФ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Призвание»(443086, г. Самара, ул. Ершовского, д.20) (далее-Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной \_\_\_\_\_,

включающих: фамилия, имя, отчество; пол, год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес электронной почты; адрес регистрации; номер телефона; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа свидетельства о рождении ребенка, место работы с названием организации и должности; СНИЛС; степень родства; реквизиты полиса ДМС; сведения о состоянии здоровья; диагноз заболевания; принадлежность к социальной группе, случаях обращения за медицинской помощью — 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, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (представляемого мной лица) персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего(представляемого мной лица) обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление, доступ); блокирование; обезличивание; удаление; уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, смешанным способом. С передачей по внутренней сети юридического лица; с передачей по сети Интернет

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг, осуществлять обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией-заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей или по каналам связи, и (или в виде бумажных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылке мне SMS сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование, другой информации (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет для поликлиники. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до достижения указанных целей обработки персональных данных и последующих сроков хранения документов, установленных действующим законодательством РФ. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет на бумажном носителе.

Настоящее согласие и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (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.