ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____
(Ф.И.О. несовершеннолетнего лица, недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого выступает законный представитель)

_____года рождения. зарегистрированный (ная) по адресу _____

_____

паспорт_____
(серия и номер, дата выдачи, название выдавшего органа)
,

в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента), персональных данных лица (несовершеннолетнего, недееспособного или ограниченно дееспособного), чьим законным представителем я являюсь, Оператором – ООО КЭМ «МД Клиник», ОГРН 120200005470, ИНН 2014022618, юридический адрес: 364024, ЧР, г. Грозный, ул. Гикало д.1, 2 этаж, левое крыло. лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01 190-20/00358713 от 28.10.2020 по адресу места осуществления медицинской деятельности.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, с целью исполнения договора н оказание медицинских услуг, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен(а) с тем, что обработка моих персональных данных (в информационных системах оператора, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг клиникой эстетической медицины "МД Клиник", а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол, дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), биометрические данные, сведения о составе семьи, данные о состоянии моего здоровья, данные видеонаблюдения, в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а

также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО КЭМ "МД Клиник" в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мною номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на свершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых оператором способов обработки:

1) получение, вывод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц;

2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);

3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных;

4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами;

5) передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети ООО КЭМ "МД Клиник".

Оператор также 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязанностей по договору ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен(а), что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) со следующими своими правами:

1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождении, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными;

2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных , их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;

3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен(а) с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки;

2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором;

3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;

4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;

5) сроки обработки персональных данных , в том числе сроки их хранения;

6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработки персональных данных.

Я ознакомлен(а) с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

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

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___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 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.

_____

Подпись субъекта персональных данных