

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ года рождения. проживающий по адресу:

Паспорт: _____ выдан: _____.

в соответствии с требованиями ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г.

«О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

ООО «Медицинский центр «Семья»

Юридический адрес: 129323, г. Москва, муниципальный округ Свиблово вн. тер. г., Лазоревый проезд, д. 5, к. 1, помещение 4/1

Цель обработки персональных данных:

оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий;

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.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных

данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись,

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, рассылка информационных sms сообщений, иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

_____ года.

Подпись гражданина _____ / _____ /

Подпись оператора _____ / _____ /

Подпись ребенка, достигшего 15-летнего возраста: _____ / _____