

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, пациент/законный представитель ОБРАЗЕЦ, года рождения , паспорт
----- (серия, номер), выдан Отделом-----, зарегистрированный по адресу г. Москва, -----,
фактический адрес проживания: _____,
Контактный номер телефона +-----, Email: _____.

На основании _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство Пациента, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента) являясь законным представителем пациента
_____ (ФИО, далее представляемое лицо)
_____ (дата рождения), свидетельство о рождении _____ (№, дата) или
паспорт _____ (серия, номер), выдан _____ (кем, дата выдачи),
зарегистрированный по адресу _____,
Фактический адрес проживания: _____.

В соответствии Федеральным законом 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) Оператором – ООО «Симпл Хелс», ОГРН 1207700380140 ИНН 9721107130 КПП 772101001, имеющим лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-021133 от 31.04.2020 г., по адресу: 109457, город Москва, Зеленодольская улица, дом 36 корпус 2, этаж №1 пом I ком 1-7 (далее – Клиника).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих/представляемого лица персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется работниками ООО «Симпл Хелс» в следующих целях: медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию здоровья, необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов моих/представляемого мной лица либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг, в том числе медицинскими организациями-исполнителями.

Я разрешаю использовать мои/ представляемого мной лица персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, для проведения контроля качества оказания мне/ представляемого мной лица медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых медицинских специалистов.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящей 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 совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, 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 защищенным каналам связи (на машинных носителях) или по незащищенным каналам связи по заявлению субъекта (Пациента) для отправки персональных данных на адрес электронной почты или SMS-сообщением субъекту (Пациенту) или иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам с согласия Пациента (субъекта); 6) блокирование; 7) уничтожение.

Я даю согласие на обработку персональных данных моих/представляемого мной лица в течение всего срока действия Договора оказания медицинских услуг, заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен(а) о том, 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/представляемого мной лица 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 нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к персональным данным моим/представляемого мной лица, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих/представляемого мной лица 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 персональных данных: - подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; - способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; - сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; - перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; - сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; - сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка 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.

ОБРАЗЕЦ

_____ (подпись)

Дата:

Подпись работника ООО «Симпл Хелс», принявшего заявление: _____

(ФИО, должность)

_____ (подпись)

(ФИО пациента/законного представителя)

_____ (подпись)

Дата: