ОБРАЗЕЦ

"СОГЛАСИЕ
пациента (законного представителя) на обработку персональных данных"

Я, нижеподписавшийся, _____дата рождения: _____,
Ф.И.О. полностью
проживающий(ая) по адресу: _____
Паспорт ____, серия: _____, № _____, выдан: _____20_____ г., № подр. _____,
телефон: _____, e-mail: _____
являясь законным представителем_____
Ф.И.О. полностью
дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу: _____,
Свидетельство о рождении или иной документ подтверждающий законность представителя,
серия: _____, выдан: _____20_____ г., № подр. _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие ООО "Клиника семейной медицины" (далее – Оператор) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого), а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, семейное положение, социальное положение, образование, профессия, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и иная информация, полученная при моем (или представляемого) обследовании и лечении.
Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными представляемого), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.
В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные представляемого) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС или договором ДМС.
Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС или по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (персональными данными представляемого) со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Данное согласие распространяется на обработку персональных данных при участии в бонусных программах.
Срок хранения моих персональных данных (персональных данных представляемого) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет.
Передача моих персональных данных (персональных данных представляемого) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иной медицинской документации, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Дата подписания Согласия на ОПД

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 (законного представителя):

_____ _____

подпись расшифровка подписи