



Центр Медицины Труда

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, ПАЦИЕНТ

документ, удостоверяющий личность _____ выдан _____
код подразделения _____

адрес регистрации: _____

фактически проживающий(ая) по адресу: _____
действуя в своей воле и в своем интересе, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «МедХелп» (ООО «МедХелп»),
ОГРН 1063804028562, ИНН 3804036161, расположенному по адресу: 660077, г. Красноярск, ул. 78 Добровольческой бригады, д.25 пом.
318, (далее-Оператор) на обработку, в том числе автоматизированным способом, моих персональных данных, в том числе: фамилия,
имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; данные паспорта (документа удостоверяющего личность), данные свидетельства о
рождении; СНИЛС; ИНН; адрес регистрации и фактический адрес проживания; дата регистрации по месту жительства; номер
телефона; адрес электронной почты; реквизиты полиса ДМС, ОМС, сведения о состоянии здоровья и диагнозе, о проводимых
медицинских манипуляциях (вмешательствах), случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при
медицинском обследовании и лечении, видеозображение, место работы, должность, профессия; гражданство; сведения об
инвалидности и иные сведения.

Под обработкой персональных данных, на которую даю согласие, я понимаю: действия (операции) с персональными данными, включая
получение, ввод, сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование,
распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на
обработку моих персональных данных Оператору при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально
занимающимся медицинской деятельностью и/или иной работниками ООО «МедХелп», и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я даю согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, в том числе автоматизированным
способом, в целях оказания медицинских услуг, установления диагноза, медицинского обследования и лечения, оформления листков
нетрудоспособности, справок, выписок, обеспечения безопасности, соблюдения Конституции Российской Федерации, других законов и
иных нормативных правовых актов, рассмотрения моих обращений.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для
формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами,
определяющими взаимодействие с страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления
здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление,
передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться
с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных
от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять
профессиональную тайну.

Я предоставляю право Оператору, а также организации, осуществляющей охрану объекта ООО «Кондор» на договорной основе,
получать, обрабатывать, в том числе автоматизированным способом, и при необходимости передавать мои персональные данные,
полученные при помощи систем видеонаблюдения, установленных на территории ООО «МедХелп», с целью обеспечения безопасности
работников и посетителей и выявления нарушений законодательства РФ и локальных нормативных актов медицинской организации.

Я предоставляю Оператору неограниченное во времени и в пространстве согласие на получение информации с напоминанием о приеме
врача, о предоставляемых медицинских услугах, о новостях и специальных предложениях медицинского центра путем осуществления
прямых контактов и рассылки, используя любые каналы коммуникации.

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

Я даю своё согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и
составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все
мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего
письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о
вручении либо вручено лично под расписку уполномоченному должностному лицу. Мне разъяснены юридические последствия моего
отзыва согласия на обработку персональных данных.

Пациент/Представитель пациента _____

Дата «___» 20 ___ г.