



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, видеоизображение, 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 работник 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 листов 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 отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие со 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.