

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника здоровья» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес местожительства, контактный телефон(ы), 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 и др. – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания ООО «Клиника здоровья» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим сотрудникам ООО «Клиника здоровья» в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО «Клиника здоровья» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) в Российской Федерации. ООО «Клиника здоровья» имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с учетом того, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Клиника здоровья» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Клиника здоровья». В случае получения моего письменного заявления ООО «Клиника здоровья» обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. оператора ПД)

" " _____

Г.