

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Пациент, Законный
представитель

_____ (Ф.И.О. полностью)

гражданин _____ пол : _____ дата рождения: _____
(страна)

паспорт: _____
(серия и номер)

_____ код подразделения: _____

прописанный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)

проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса)

контактные телефоны: _____
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)

электронная почта: _____

_____ (Ф.И.О. ребенка, (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого, выступает законный представитель)

дата рождения _____

проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии со статьями 6, 9, 10 Федерального закона 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 лица (несовершеннолетнего, недееспособного или ограниченно дееспособного), чьим законным представителем я являюсь (персональных данных пациента) оператором – ООО "Доктор рядом", ОГРН 1027739819898, ИНН 7715211034, юридический адрес: РФ, 106076, г. Москва, ул. Краснобогатырская д.44, стр.1. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-013560 выдана 29.11.2016г. - по адресу места осуществления медицинской деятельности.**

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка персональных данных осуществляется с целью исполнения договора на оказание медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов, проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, обработка персональных данных (в том числе в информационных системах оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг компаниями, входящими в сеть клиник ООО «Доктор рядом», а также медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по e-mail, sms, телефону).

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, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о

состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «Доктор рядом» в виде sms-сообщений, по e-mail и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

1. Получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных, 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 в связи с оказываемыми услугами;
5. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ передача по внутренней сети и во внешние организации путем (на машинных носителях, защищенным каналам связи).
6. Блокирование;
7. Уничтожение.

Оператор также вправе 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора<*>, заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством.

Я уведомлен 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 персональным данным при личном обращении либо при получении письменного запроса.

Я подтверждаю ознакомление со следующими правами:

1. На получение сведений об операторе, о месте его нахождения, о наличии у оператора персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными.
2. Требования от оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, 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 или при получении запроса информации, касающейся обработки персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей:

- 1) подтверждение факта обработки персональных данных оператором, а также цель обработки;
- 2) способы обработки персональных данных, применяемые оператором;
- 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ;
- 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения;
- 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
- 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Разрешаю высылать результаты анализов по электронной почте - сканированное изображение бланка (адрес электронной почты) _____ . Подписывая данное соглашение я информирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается ООО «Доктор рядом». За взлом почтового ящика и утечку информации ООО «Доктор рядом» ответственности не несет.

Я ознакомлен 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.

Пациент/Законный представитель _____ 20__ г.
(Фамилия Имя Отчество полностью, подпись, дата)