

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(ая) _____,

Проживающий(ая) по адресу: _____, паспорт: _____, выдан: _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Клиника Евромед" ОГРН 1032307185173 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места прописки и проживания, контактные телефон(ы), электронная почта, реквизиты полиса ДМС и (или) ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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) по договорам ДМС и (или) ОМС, корпоративным договорам. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе договору ДМС и (или) ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и другими органами власти, и организациями, осуществляющими контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Оператор имеет право предоставлять всю необходимую информацию страховой компании по обслуживанию пациента у Оператора, включая персональные данные и медицинские заключения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

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 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. При получении Потребителем медицинских услуг по ОМС необходимо предъявить Оператору полис и направление установленной законодательством РФ формы. При получении Потребителем медицинских услуг по ДМС, он должен при себе иметь направление страховой компании (гарантийное письмо) на оказание ему необходимых услуг или находиться в списках прикрепления. В этом случае оказанные Потребителю медицинские услуги оплачиваются страховой компанией.

Контактный телефон(ы) _____,

Почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____