

Согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне

Я, ПАЦИЕНТ _____
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения: _____

паспорт: _____ **выдан:** _____
(серия, номер) (когда и кем)

Место регистрации/адрес фактического проживания: _____
или законный представитель пациента (далее – Представитель пациента):

Я, ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ _____
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения: _____

паспорт: _____ **выдан:** _____
(серия, номер) (когда и кем)

Место регистрации: _____

на основании: _____
(степень родства и/или документ, подтверждающий родство, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего представителя пациента)

представляющий интересы Пациента: _____
(Ф.И.О. Пациента полностью)

дата рождения: _____

паспорт: _____ **выдан:** _____
(серия, номер) (когда и кем)

Место регистрации/адрес фактического проживания: _____

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе (в интересах представляемого) настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных (персональных данных Пациента) следующему Оператору: Обществу с ограниченной ответственностью «МедСэф» (ООО «МедСэф»), ОГРН 1085040002838, ИНН 5040083806, адрес (место нахождения): РФ, 140100, Московская область, г. Раменское, ул. Воровского, д.5.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, ведение учета систематизации оказанных услуг, в целях улучшения качества обслуживания пациентов.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных, относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни и здоровья.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении).

Я согласен с тем, что в помещении Оператора проводится видеосъемка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг. Оператор гарантирует Пациенту, что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории Оператора, не подлежат разглашению, размещению, использованию и передаче третьим лицам. Хранение аудио-и видео материала осуществляется только на электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, анализ, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление и /или изменение), использование, распространение (передачу) блокировку, уничтожение. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право на обработку и использование моих персональных данных лечащим врачом и/или иным немедицинским персоналом в целях контроля и улучшения качества моего лечения.

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

Я уведомлен о том, что я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

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/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА: _____ / _____
(подпись Пациента/Представителя Пациента Ф.И.О. полностью)

Дата «__» _____ / _____ г.