

От _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1. Я, законный представитель, _____, дата рождения _____, телефон _____, адрес эл.почты _____, почтовый адрес _____, действующий в интересах _____, дата рождения _____, телефон _____, адрес эл.почты _____, почтовый адрес _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ и ФЗ №323 от 21.11.2011г.. «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» абзацем 2 пункта 1 Положения о Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций и Приказом РОСКОМНАДЗОРА №18 от 24.02.2021г, подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Диамед+»(446436,САМАРСКАЯ ОБЛАСТЬ,Г.КИНЕЛЬ,УЛ. БОБРОВСКАЯ, Д.166, ИНН 6350025362, ОГРН 1176313103086 от 2427.11.2017г., сайт <https://diamedkinel.ru/>) (далее- Оператор) даю согласие на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; место рождения, адрес проживания и прописки, профессия, контактные телефоны; реквизиты паспорта (документа удостоверения личности); реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); 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 относится к специальной категории персональных данных, обработка таких персональных данных должна осуществляться лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.2. Оператор осуществляет сбор и хранение персональных данных с целью обеспечения реализации отношений в сфере охраны здоровья, ведения учетной статистической документации, используемой в медицинских организациях, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными федеральными законами.3. 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 письменно, устно и по средствам информационно-телекоммуникационных сетей, так же сторонним организациям, привлекаемым Оператором для выполнения условий Договора о предоставлении платных медицинских услуг, в интересах моего обследования и лечения, проведения анализов и др. 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 порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи.

4. 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.

5. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать своё 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:

А) Прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи; Б) По истечении указанного выше срока моих персональных данных (25 лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из базы данных автоматизированной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Подпись _____