

Приложение №1
К Положению об обработке и защите персональных данных
Работников (иных лиц)

ФОРМА

Согласие на обработку персональных данных

Я, гражданин _____ - _____,

«_____» _____ г.р.

Зарегистрирован _____

Телефон _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных, №152-ФЗ в целях оказания мне (Потребителю) платных медицинских услуг, в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности оказываемой мне (Потребителю) медицинской помощи, а также для проведения рекламных и информационных рассылок **подтверждаю своё согласие** на обработку ООО «Медицинский центр РОСТ» ИНН 3662263670, ОГРН 1183668022229, юрид. адрес 394068, г. Воронеж, ул. Ипподромная, д. 2в, фактический адрес 394074 г. Воронеж, улица Ростовская д. 46 б, (далее – «Оператор»), моих персональных данных. Я уведомлен и понимаю, что под обработкой данных подразумевается сбор ,накопление ,хранение персональных данных, включая специальные категории, а именно: фамилия, имя отчество (последнее – при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; биометрические данные; семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)Ю номер полиса ОМС (ДМС); e-mail, контактный номер телефона; анамнез, диагноз, сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность, вид оказанной медицинской помощи, условия, объем и сроки оказания медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты, примененные порядки и стандарты, клинические рекомендации медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и освидетельствования; фото/изображение.

В процессе оказания Оператором мне (Потребителю) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные должностным лицам и медицинским работникам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам иных медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание сопутствующих медицинских услуг и иных услуг, в моих (Потребителя) интересах, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Перечень действий, совершаемых с персональными данными субъекта персональных данных: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, в том числе передачу персональных данных по сети Интернет или в иной форме, осуществляемых сотрудниками подразделений Оператора с целью оказания субъекту персональных данных платных медицинских услуг (включая предоставление персональных данных третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных, с которыми у Оператора заключены договоры с целью проведения медицинского обследования и лечения Потребителя как в момент подписания настоящего согласия, так и после его подписания, или в организации, с которыми у Оператора заключены договоры на обслуживание медицинского оборудования и программного обеспечения как в момент подписания настоящего согласия, так и после его подписания, а также иным участникам информационного взаимодействия при наличии у Оператора соответствующих договоров или в силу требований законодательства, а также обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Дополнительно я даю согласие на передачу своих персональных данных нижеуказанным лицам, для проведения лабораторных исследований биологического материала, выдачу мне (Потребителю) результатов этих исследований: ООО «ИНВИТРО-ВОРОНЕЖ» ОГРН 1103668017914, БУЗ ВО «ВОПАБ» ОГРН 1053600606267, БУЗ ВО «ВОКБ1» ОГРН 1033600033598, ООО «Медицинский Центр УЛЬТРАЗВУК» ИНН 3662166420, ОГРН 1113668027395, ООО «НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ» ОГРН 1033600008914, ООО «ДИАЛАБ ПЛЮС» ОГРН 5077746808530, ООО «Ситилаб-Липецк-Воронеж» ОГРН 1084823011855, САО «ВСК» ОГРН 1027700186062, САО «Медэкспресс» ОГРН 1037843040465, АО «АльфаСтрахование» ОГРН 1027739431730, САО «Ресо-Гарантия» ОГРН 1101001000143, ООО «Зетта Страхование» ОГРН 1027739205240.

Также я предоставляю право Оператору и иным лицам, с которыми у Оператора заключены договоры на оказание услуг и подписаны соглашения о сохранении медицинской тайны, осуществлять информирование (на указанный мной мобильный номер телефона и электронный адрес) меня о произведенной записи на приём к врачу, об отмене/переносе планируемого приёма, о необходимости/возможности пройти вакцинацию, о готовности результатов исследований, информацию о планируемых акциях и мероприятиях, проводимых Оператором.

Настоящее согласие дано мной и действует до окончания срока хранения моих персональных данных, который соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр РОСТ» вправе обрабатывать мои персональные данные на бумажных и электронных носителях, автоматизированным и неавтоматизированным способом, с использованием информационных систем и без таковых, а также с

использованием телемедицинских технологий, и посредством внесения в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчётных данных (документов). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ОМС, по договору ДМС на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховыми организациями, бюджетными и внебюджетными фондами.

Также я уведомлен о праве Оператора на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина (его законного представителя) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учётом требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с требованиями п.8 ч.4 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Разрешаю Оператору предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания выбранным мною лицам: _____

(ФИО, контактный телефон)

Передача моих персональных данных иным лицам или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я осведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путём подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Операторам на основании письменного запроса. 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 оказанных мне до этого медицинских услуг.

Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ / _____

(подпись) / расшифровка подписи