

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных.

г. Москва,

« ____ » _____ 202__ г.

Я, _____,
дата рождения _____, адрес места
жительства: _____ паспорт
_____ выдан _____,
(в лице законного представителя:

ФИО, адрес, номер основного док-та, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного док-та и выдавшем органе,
реквизиты доверенности или иного док-та, подтверждающего полномочия представителя),

в соответствии со статьями 9, 10, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью

«ТРИОЛЬ», ИНН: 7721503821, ОГРН: 1047796055240, место нахождения: 123242, город Москва, Новинский б-р, д. 31, эт 2 пом I комната 28,41 (далее «Оператор»), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (иного документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС); специальных и биометрических данных, включающих: данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, фотографии, рентгенологические снимки, снимки МРТ – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным хранить врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (Пациенту) медицинских услуг я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (Пациента) персональные данные (в том числе специальные и биометрические), 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 в моих (Пациента) интересах, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанных медицинских услуг и ее оплаты.

Настоящим согласием я предоставляю Оператору право в соответствии с п.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (Пациента) персональными данными (в том числе специальные и биометрические), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор в том числе 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, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный плательщиком медицинских услуг (Заказчиком), с целью согласования оказания мне (Пациенту) объема медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора). Осуществлять информационное сопровождение клиента путем телефонной связи, Смс-сообщений, электронной почты, мессенджерами.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми компаниями и иными организациями, раскрытие информации которым определено федеральным законодательством, с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи в рамках Договоров на оплату медицинских услуг в отношении меня (Пациента), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (Пациента) персональные данные Заказчику необходимые для реализации таких договоров, а также сведения,

включающие в себя результаты проведения медицинского осмотра (профилактического, периодического, предварительного).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет. Передача персональных данных (в том числе специальных и биометрических) лицам помимо страховой медицинской организации и лиц, оказывающих медицинские услуги, в иных целях, помимо цели оказания медицинских услуг, может осуществляться только с моего письменного согласия, включая фотографии, сделанные до начала курса и после его окончания. Настоящее согласие дано в дату его подписания 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 роспись представителю Оператора. При этом я осознаю, что отзыв согласия на обработку персональных данных является односторонним отказом от договора оказания платных медицинских услуг, в связи с невозможностью Оператора в дальнейшем вести медицинскую документацию.

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 до этого медицинской услуги;

б) по истечении указанного выше срока хранения персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все персональные данные, удалив их из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, а также уничтожить все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Субъект персональных данных (законный представитель)

_____/_____
(подпись) (ФИО)