

СОГЛАСИЕ
на обработку и передачу персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____

Ф.И.О. полностью

являющийся законным представителем: _____

Ф.И.О. полностью

проживающий по адресу:

паспорт: серия номер выдан когда .,

дата и название выдавшего органа в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку

ООО "Центр Диагностики", г. Щелково, 1-й Советский переулок, д.

название и адрес медицинского учреждения

(далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, контактный телефон,), данные о состоянии моего/представляемого 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/представляемому медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои/представляемого персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои/представляемого персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору предоставления медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными/персональными данными представляемого со страховой медицинской организацией _____

назначение

и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей 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.

Срок хранения моих/представляемого персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Настоящее согласие 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.

Я по письменному согласию имею право на получение информации, касающейся обработки моих/представляемого персональных данных (в соответствии с п.7 ст.14 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»).

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Подпись

_____ субъекта персональных данных

Дата