

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию,
на обработку его персональных данных

Я, _____, паспорт _____, выдан _____, проживающий по адресу: _____, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Нео-Клиник» (далее — Оператор) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона), сведения об оказанной медицинской помощи, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну, в целях:

- обработки персональных данных, осуществляемой лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде, в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;
- органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), муниципальных образований, расположенных на территории Тюменской области (без автономных округов).
- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания до достижения цели. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации;
- по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим я 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, а также предоставления иной информации, связанной с исполнением договора на оказание медицинских услуг. В частности, это может включать результаты медицинских исследований, анализов и иную медицинскую документацию.

Я понимаю, что информация будет предоставляться с помощью электронной почты, смс-информирования или почтовой рассылки. Также я уведомлен, что данные средства связи не являются защищенными, и в связи с этим Оператор не несет ответственности за несанкционированный доступ к сведениям третьих лиц.

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

Контактный телефон: _____

Почтовый адрес: _____

Адрес электронной почты: _____

Подпись субъекта персональных данных _____