

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Я, Пациент _____ Дата рождения _____
ФИО

Проживающий (ая) по адресу: _____

Паспорт серии _____ № _____

Дата выдачи _____ Выдавший орган _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «Центр Аллергологии им. Адо А.Д.»** (Адрес: 119002, г. Москва, ул. Арбат, д. 30/3, стр. 3; ИНН 9704033827; КПП 771401001; ОГРН 1207700378710), именуемым далее Оператор, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления клинического диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

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

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по договорам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией с использованием электронных 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 персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико – профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико – социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг.

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 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 целях улучшений качества обслуживания настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах **ООО «Центр Аллергологии им. Адо А.Д.»** в виде sms – сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною номер телефона и адрес электронной почты.

Оператор _____

Пациент _____

За взлом почтового ящика и утечку информации ООО «Центр Аллергологии им. Адо А.Д.» ответственности не несет.

Настоящее согласие дано _____ 20____ г. и действует бессрочно.

Телефон: _____

Электронный адрес:

_____ (_____)

Подпись и фамилия субъекта персональных данных