

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, адрес регистрации:
Ф.И.О. Заказчика (Потребителя) _____, паспорт _____, выдан _____,
дата выдачи: _____ действующий(ая) в интересах _____, _____ г.р.,

Ф.И.О. Потребителя _____, адрес регистрации: _____, документ, удостоверяющий личность _____, своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных потребителя Обществом с ограниченной ответственностью «Многофункциональный Медицинский Центр» (ООО «ММЦ») (далее - Оператор) ОГРН 1192130012392, ИНН 2130215554, КПП 213001001, адрес регистрации: Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. С. Михайлова, дом 1, помещение 16, лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № Л041-01191-21/00343853 от 28.07.2021г., выдана Министерством здравоохранения Чувашской Республики (приказ № 1269 от 28.07.2021г., приказ № 2353 от 16.12.2021г., приказ № 1707 от 20.09.2022г.), срок действия - бессрочно.

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Оператору, третьим лицам, в т.ч. операторам платежных систем, медицинским учреждениям, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, на обработку моих персональных данных и персональных данных потребителя в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных, в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, оформления договорных отношений, другим работникам Оператора, не занимающимся профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору оказания медицинских услуг, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, составления справок об оплате медицинских услуг и иных документов, обусловленных заключением договора оказания медицинских услуг, оказанием медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования, их хранения, заключения, исполнения и прекращения договора оказания медицинских услуг, в соответствии с законодательством, на передачу моих персональных данных в ЕГИСЗ в соответствии с п. 6 Постановления Правительства РФ от 01.06.2021г. № 852.

Даю свое согласие Оператору на получение, обработку и хранение материалов, полученных по результатам дистанционного взаимодействия с медицинским работником, включая материалы, направленные на консультацию, медицинские заключения по результатам консультаций, данные, внесенные в медицинскую документацию, данных, формирующихся в результате дистанционного наблюдения за состоянием моего здоровья, а также аудио- и видеозаписи консультаций, текстовые сообщения, голосовой информации, изображений, иных сообщения в электронной форме.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; дата и место рождения; пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); контактный номер телефона; электронная почта; социальное положение; место работы (учебы); должность (профессия); сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, поставленных диагнозах, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах); сведения о данных рекомендациях; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС), данные полиса ОМС (или ДМС), изображение (в том числе фотографии, видеозаписи). Согласие дано в отношении моих персональных данных и в отношении персональных данных потребителя.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. При проведении медицинских лабораторных исследований производится передача биологического материала лаборатории, проводящей медицинские лабораторные исследования.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных: Личный кабинет пациента (<https://lk.lecardo.ru/>), с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; без участия и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления. Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением об обработке персональных данных в ООО «ММЦ», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись

Ф.И.О. Заказчика