

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавший(ая)ся _____
(далее - Пользователь), зарегистрирован(а) по адресу:

паспорт _____, выдан

_____, в рамках Договора на оказание ПМУ от _____ г., руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ООО «Надежда» (428020, г. Чебоксары, ул. Строителей, д. 13, пом. № 3, ИНН 2127019944) (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных и (или) персональных данных лица, законным представителем которого являюсь в целях оказания медицинских услуг, медико-профилактических услуг, установления медицинского диагноза, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ, за исключением распространения), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, СНИЛС, адрес, телефон, адрес электронной почты, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), сведения о состоянии моего здоровья и (или) лица, законным представителем которого являюсь, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, выписанных рецептах и лекарственных средствах на следующий срок: **пять лет**.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные и (или) персональные данные лица, законным представителем которого являюсь, в том числе специальные категории персональных данных, а также данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, установления медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических услуг и лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она: необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Надежда».

Условием прекращения обработки ПД является получение ООО «Надежда» моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих ПД.

Я уведомлен(а), что: - предоставление недостоверных сведений, необходимых для установления личности пациента (Ф.И.О., паспортные данные), не позволит обеспечить: 1) преемственность в процессе оказания медицинской помощи; 2) ознакомление с данными о состоянии здоровья; 3) получение выписок из медицинской документации, справок об оплате и т.п.; - предоставление недостоверных сведений о состоянии здоровья может повлечь снижения качества медицинских услуг, а в некоторых случаях непреднамеренное нанесение вреда здоровью в процессе лечения.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____

расшифровка подписи

Согласие получено « _____ » _____ г.

Представитель ООО «Надежда»: _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)