

Согласие на обработку персональных данных Пациента ООО «Мака-Мед»

Я _____

проживающий(ая) по адресу _____

паспорт гражданина _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ООО «Мака-Мед», адрес москва ул. Клары Цеткин д.33 корп.25 (далее оператор) на обработку персональных данных включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефон(ы), возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, ИНН (при необходимости их использования при оформлении документации);
- данные о состоянии здоровья, диагнозе заболевания, о факте 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 медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю право оператору на обработку персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, 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, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и внесения их в электронную базу данных. В интересах обследования и лечения я предоставляю право работникам передавать персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.), а также передавать соответствующую информацию в порядке ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора. Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператору по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператору . В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования

и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной _____(подпись)