

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____

Ф.И.О. полностью

Зарегистрирован (на) адресу _____

Паспорт _____

серия и номер

выдан _____

дата и название выдавшего органа

подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Профэстетика», юридический адрес: г. Ставрополь, ул. Мира дом 271 (далее — Оператор) моих персональных данных в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О защите персональных данных». Персональные данные включают: фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; адрес проживания; контактный телефон; реквизиты паспорта; данные о состоянии моего здоровья и заболеваниях; случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях) в целях 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.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными органам исполнительной власти, а так же в порядке, установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях - двадцать пять лет.

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

Я ознакомлен, что обратившись в ООО «Профэстетика», для получения медицинской услуги, я являюсь выгодополучателем. Согласно п. 5 ч. 1 статьи 6 №152-ФЗ «Обработка персональных данных», обработка персональных данных необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем.

Я предупрежден (на), что если отказываюсь указывать подлинные персональные данные, то медицинская помощь реализуется в соответствии с правом пациента на анонимное оказание медицинских услуг при заключении договора возмездного оказания медицинских услуг.

Я ознакомлен (на), что обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

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 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.

Настоящее согласие дано мной « ____ » « _____ » 20 ____ г. и действует бессрочно.

Контактный (е) телефон (ы) _____

Почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

расшифровка подписи

