

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ (ФИО) _____, зарегистрированный по адресу _____, паспорт серия _____ № _____ выдан _____, дата выдачи: _____, контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес) _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне (моему недееспособному опекаемому/несовершеннолетнему ребенку: ФИО - _____, зарегистрированному по адресу _____, серия _____ № _____ выдано _____, дата выдачи: _____.

медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЮНИТИ» (далее - Оператор), адрес оператора, указанный в ЕГРЮЛ: ОГРН: 1046758315010, ИНН: 6729028502, адрес: 214030, Смоленская область, город Смоленск, Краснинское ш., д. 28, офис 10,11, сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых может предоставляться доступ ограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных, моих персональных данных/представляемого, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий персональных данных:

- персональные данные: фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, телефона, адреса электронной почты, места работы/учебы, данных паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данных полиса обязательного медицинского страхования, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

- специальные категории персональных данных: информации о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных/представляемого Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Цели обработки персональных данных: предоставление медицинской помощи.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Предоставляю ООО «ЮНИТИ» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «ЮНИТИ» при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации. При этом ООО «ЮНИТИ» продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством РФ с последующим уничтожением.

Настоящим подтверждаю свое согласие на проведение фото/видеофиксации процесса получения медицинской помощи, ее результатов, состояний до и после проведенного медицинского вмешательства с указанием моего полного имени.

Данное согласие действует до достижения целей обработки фото и видеоматериала или в течение срока хранения информации.

Я осознаю, что сведения, на распространение которых я даю согласие клинике, о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (ст. 13 ФЗ № 323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. Мне понятны все условия фото и видеосъемки.

При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления, и я действую по собственной воле.

Подпись субъекта персональных данных _____ Дата _____ 202_г.