

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных,
на предоставление информации из медицинской документации и предоставления
электронной формы кассового чека по электронной почте, телефонной связи, а также
иных возможных текстовых сообщений

город Астрахань

_____ 20__ г.

Я, _____

паспорт _____, выдан _____,

код подразделения _____, зарегистрированный(ая) по адресу:

_____.

в соответствии со ст.9 Федерального Закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое добровольное согласие обществу с ограниченной ответственностью «ПрофиМед» (ОГРН 1143025002064, ИНН 3025011754), зарегистрированному в соответствии с законодательством РФ по адресу: 414024, г.Астрахань, ул. Ахшарумова д.34, литер А , пом 001, (далее Оператор) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и отправку моих и/или персональных данных Пациента, а именно совершение действий, предусмотренных п.3 части первой ст.3 ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, предоставленных в «ПрофиМед» и возможную их отправку третьим лицам, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии моего (и/или Пациента) здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской услуг, и иная информация, полученная при моем (и/или Пациента) обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне (и/или Пациенту) медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои (и/или Пациента) персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне (и/или Пациенту) оказывается медицинская помощь.

В процессе оказания Оператором мне (и/или Пациенту) медицинской помощи в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг (далее – договор), заключенных Оператором с юридическими и физическими лицами, сведения о которых указываются в приложении к настоящему согласию, (далее – Заказчик), я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право работникам Оператора в течение срока оказания мне (и/или Пациенту) медицинских услуг (срок прикрепления) по договору передавать мои (и/или Пациента) персональные данные Заказчику, в том числе, включающие в себя информацию о состоянии моего (и/или Пациента) здоровья, диагнозе, заболеваниях, с целью учета и отчетности по договору, а также с целью осуществления Заказчиком контроля качества объемов и сроков оказания медицинской помощи по договору, с целью сообщения информации о наличии у меня (и/или Пациента) заболевания, исключающего медицинское обслуживание по программам добровольного медицинского страхования в соответствии с условия договора, в том числе предоставлять работникам Заказчика на обозрение медицинскую документацию (медицинскую карту) (ее копии) в полном объеме. Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (и/или Пациента) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (и/или Пациента) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне (и/или Пациенту) медицинских услуг в случаях,

предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора). Срок хранения моих (и/или Пациента) персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов (в т.ч. медицинской карты) и составляет не менее 25 (двадцать пять) лет. Передача моих (и/или Пациента) персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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 по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплатеоказанных мне (и/или Пациенту) до этого медицинских услуг;
- по истечении указанного выше срока хранения моих (и/или Пациента) персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои (и/или Пациента) персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Также выражаю свое согласие на отправку информации, содержащейся в моей медицинской карте (результаты исследований, анализов и т.д.) и/или электронной формы кассового чека, в порядке Федерального Закона №54-ФЗ от 22 мая 2003 года «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа» по моему устному обращению.

Для отправки информации ООО «ПрофиМед» обязано использовать следующие адреса и телефонные номера:

E-mail:

dcahshar@mail.ru
dcnazelenoi@mail.ru

Телефон:

8(8512)48-27-10
8(8512)42-70-42

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Согласие дано сознательно, свободно, добровольно, своей волей, в своем интересе.

подпись