СОГЛАСИЕ пациента

**ООО «Доктор»** на обработку его персональных данных

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Фамилия, имя, отчество, адрес, телефон | | Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| даю свое согласие, своей волей и в своем интересе, на обработку и хранение с учетом требований Федерального закона от 27.07. 2006 № 152-ФЗ “О персональных данных” моих персональных данных Оператору: ООО «Доктор» | | | | | |
| 2. | Оператор персональных данных, получивший согласие на обработку персональных данных | | ООО “Доктор» (далее — Оператор), (ОГРН1092312001638, ИНН 2312159368), зарегистрированному по адресу: 350018, 23, Краснодар г, Сормовская ул, 23, | | |
| с целью: | | | | | |
| 3. | Цель обработки персональных данных | | соблюдения требований действующего законодательства РФ регламентирующего деятельность Оператора по оказанию медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. | | |
| 4. | Перечень обабатываемых персональных данных в объеме, предусмотренном ст.94 Федерального закона от 21.11.2011 №323 ФЗ»Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на обработку которых я даю согласие : | | | | |
| Категории персональных данных | | Перечень персональных данных | | Разрешаю к обработке(да/нет) | Дополнительные условия |
| персональные | | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | |  |  |
| данные | | Пол | |  |  |
|  | | Дата рождения | |  |  |
|  | | Адрес места регистрации | |  |  |
|  | | Дата регистрации | |  |  |
|  | | Адрес места жительства | |  |  |
|  | | Данные документа, удостоверяющего личность | |  |  |
|  | | Реквизиты полиса ОМС | |  |  |
|  | | Номер СНИЛС | |  |  |
|  | | Контактные телефоны | |  |  |
|  | | e-mail: | |  |  |
| Специальные | | сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью | |  |  |
| данные | | сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях, о результатах обращения за медицинской помощью, сведениях о примененных стандартах мед. помощи. | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| для совершения: | | |
| 5. | Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие | действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в пункте 3 целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение. 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. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. |
| с использованием: | | |
| 6. | Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных | Как автоматизированных средств обработки моих персональных данных, так и без использования средств автоматизации. |
| 7. | Срок, течение которого действует согласие | Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва согласия полностью или частично на основании личного заявления в письменной форме. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет. |
| 8. | Отзыв согласия на обработку персональных данных по инициативе субъекта персональных данных | Согласие на обработку персональных данных отзывается моим письменным заявлением, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора. При получении 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. |
| 9. | Дата и подпись субъекта персональных данных | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, подпись субъекта п.д.) |