

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Настоящим я в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО Медицинский центр «УМНЫЙ ДОКТОР», адрес места нахождения: 424033, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Йывана Кырли д.27 (далее — Оператор), моих персональных данных,

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медикосоциальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в информационных системах Оператора, а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), электронный адрес (e-mail), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), биометрические данные, сведения о составе семьи, данные о состоянии моего здоровья, данные видеонаблюдения, в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований и те же персональные данные моего ребенка (при необходимости).

Я знакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Согласно п. 3 ч. 4 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. с изменениями от 01.04.2020 г., Оператор предоставляет сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением уголовно-осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-

досрочно; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросу военных комиссариатов.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и иные отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договорами добровольного медицинского страхования, в рамках оказания медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по полису обязательного медицинского страхования (ОМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС) и обязательного медицинского страхования (ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС (ТФОМС) 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных

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.