

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся,

(Ф.И.О. гражданина, либо его законного представителя полностью)

« » год рождения Контактный телефон 8 ()

зарегистрированный (ая) по адресу:

(адрес места регистрации гражданина, либо законного представителя)

Паспорт гражданина серия номер выдан

в соответствии с требованиями статьи 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ивамед», 344000 Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Шаумяна 12. ИНН 6164128064; ОГРН 1196196030898; Лицензия № ЛО-61-01-007520 от 24 декабря 2019г, выдана Министерством здравоохранения Ростовской области,

(далее по тексту – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации, контактный телефон, реквизиты паспорта, полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (при необходимости – по ее окончанию) я предоставляю право на передачу третьим лицам в интересах моего обследования, лечения и проведения независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи, моих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, иные сведения, полученные при обследовании и лечении), полученных в соответствии с п.2 ст. 22 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и осуществляемых Оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц.

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

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

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

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:

(Ф.И.О. гражданина)

(Ф.И.О. законного представителя гражданина)

(дата оформления согласия, действует бессрочно)

 (подпись субъекта персональных данных)

(подпись Оператора)