СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,_____года рождения

Паспорт_____, выдан _____

Проживающий по адресу: _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинский центр «Авиценна»,(далее по тексту - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

-установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, в медико- профилактических целях;

-защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;

-осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;

-оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;

-ведения учета оказанной медицинской помощи:

-формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;

-обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

В процессе оказания Оператором мне медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональных данные, содержавшие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора и страховым организациям в интересах моего обследования и оказания услуги.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации (включая использование стороннего программного обеспечения с использование облачных хранилищ) или без использования таких средств с 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 персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры)..

Подписанием настоящего согласия предоставляю Оператору также право на :

(при отказе – зачеркивается)

- информирование меня о проводимых Оператором акциях, предоставляемых скидках и льготах, путем предоставления информации с использованием моих контактных данных (SMS-рассылки, уведомления по предоставленному адресу электронной почты);

- использовать мое фотоизображение (при условии невозможности моей идентификации), полученное в процессе лечения, в иллюстрации методических и научных публикаций Оператора и профессиональных объединений , членом которых являются работники Оператора (врачи).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации.

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

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно, в случае если согласие

не отозвано в письменной форме. дата

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Контактная информация (телефон , e-mail):_____

Дата _____

Подпись субъекта персональных данных_____