

Согласие субъекта персональных данных (пациента или его законного представителя) на обработку персональных данных

Настоящим я, _____,
(ФИО полностью субъекта персональных данных)

(данные документа, удостоверяющего

личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

_____, зарегистрированный (ая)
по адресу: _____

(адрес регистрации)

Для заполнения законным представителем¹:

Настоящим я, _____,
(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

(данные

документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

_____,
зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(адрес регистрации)

_____,
как законный представитель на основании: _____

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с требованиями федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свободно, своей волей и в своём интересе (в интересе субъекта персональных данных, законным представителем которого я являюсь) согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории² персональных данных: ООО «ПримКлиника», 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 28, офис 1, в медико - профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, в т. ч. на коммерческой основе, путем извлечения прибыли; создания условий для обеспечения гарантий прав граждан на оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме, а также профилактике заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека (субъекта персональных данных), поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи; исполнения обязательств по договору; улучшения качества обслуживания субъектов персональных данных и их законных представителей; для информационного обеспечения о предоставляемых Оператором услугах, улучшения их качества; для связи в случае необходимости; улучшения качества обслуживания субъектов персональных данных или их законных представителей, обеспечение их личной безопасности и имущества; исполнения судебных актов, актов других органов или должностных лиц, подлежащих исполнению в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий, обязанностей, а также осуществления прав и законных интересов оператора в рамках осуществления видов деятельности, предусмотренных Уставом и иными его внутренними локальными актами Оператора, для исполнения иных федеральных законов.

Моими персональными данными (персональными данными лица, законным представителем которого я являюсь) является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (к лицу, законным представителем которого я являюсь), указанная в договоре на оказание медицинских услуг и иных соглашениях, медицинской карте, бланках, талонах и иных учетных формах, а именно: ФИО; пол; год, месяц, дата и место рождения; гражданство; национальность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес проживания, дата регистрации по указанному месту жительства; сведения о семейном положении, о родственниках (ФИО, возраст, степень родства, адрес, телефон; e-mail и иные данные, истребованные Оператором в объеме необходимом для оказания качественной медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, а также для ведения установленных учетно-отчетных формах, для связи в случае необходимости); сведения о месте работы, профессия; сведения о социальных льготах и социальном статусе; страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения, касающиеся состояния здоровья, состояния интимной жизни и всей информации, использованной при оказании медицинской помощи в рамках договоров о предоставлении платных медицинских услуг (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, сведения о состоянии здоровья и диагнозе, история развития заболевания, сведения об истории жизни, перенесенных заболеваниях, семейном анамнезе, наследственных заболеваниях, травмах и т. п., сведения об особенностях реакции организма на применяемые фармацевтические средства, медицинские вмешательства, сведения о полученных результатах обследования, результатах анализов, диагнозе, сведения о медицинских вмешательствах и применяемых методах и препаратах, сведения о результатах отдельных медицинских вмешательств и комплексном медицинском вмешательстве, сведения о временной нетрудоспособности (в т. ч. серия и номер выданного листа нетрудоспособности (при наличии)), а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении; сведения об оплате оказанных услуг; иные сведения, необходимые для указанных целей.

Я знаю и даю свое волевое и осознанное согласие на совершение вышеуказанных действий с моими персональными данными и сведениями моей врачебной тайны, в том числе по внесению их вышеуказанными организациями (их сотрудниками) в: 1. Документацию (направления, результаты анализов и исследований, амбулаторные карты, медицинские справки и выписки, медицинские заключения, рецепты, договора на оказание медицинских услуг, информированные согласия и памятки на совершение медицинских манипуляций и услуг, сопроводительные и путевые листы, ведомости, отчеты по оказываемым медицинским услугам, выявленным патологиям, инфекционным заболеваниям, ответы на запросы уполномоченных органов и должностных лиц и в иную медицинскую документацию); 2. В списки (реестры) и отчетные формы; электронную базу данных вышеуказанных организаций, уполномоченных надзорных, контролирующих и исполнительных органов, и перенесение моих персональных данных и сведений моей врачебной тайны на электронные носители (флешку, DVD и CD диски) передаваемые мне на руки.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи (медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь) я предоставляю право осуществлять обработку моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в т. ч. отнесенных к специальной категории, помимо лиц, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии со ст. 9 федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», другим должностным лицам Оператора в интересах своего обследования и лечения (интересах обследования и лечения лица, законным представителем которого я являюсь).

¹В случае недееспособности субъекта персональных данных (пациента), в том числе не достигшего совершеннолетия (18 лет), настоящее согласие дают и подписывают его законные представители: родители, усыновители, опекуны или попечители.

²Специальные категории персональных данных – персональные данные, касающиеся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений, состояния здоровья, интимной жизни.

Предоставляю Оператору право осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных путём совершения действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации (без использования таких средств), в т. ч. по каналам связи, с использованием электронных и иных материальных носителей информации, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу (распространение, представление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с соблюдением мер, направленных на обеспечение безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Оператором и иными лицами, которым поручена обработка моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также передачу (распространение, представление, доступ) в налоговые органы в соответствии с Налоговым Кодексом РФ, третьим лицам (уполномоченным должностным лицам в законном порядке), надзорным, контролирующим и исполнительным органам; и контрагентам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, иным лицам на законном основании и при условии, что и приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных (персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь) иным лицам и/или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден (а).

Настоящее согласие действительно со дня его подписания и действует бессрочно.

Я ознакомлен (а) с документами оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 28, офис 1, заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Подпись под данным согласием означает понимание мной всех условий, порядка и последствий обработки, систематизации, передачи моих персональных данных и сведений обо мне составляющих врачебную тайну.

Паспортные данные пациента(ки):

серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
фактически проживающий(ая) по адресу _____
адрес регистрации: _____
телефон _____ Подпись _____ Дата _____

(подпись субъекта персональных данных или его законного представителя)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

(подпись уполномоченного представителя Оператора)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.