

Согласие пациента на обработку персональных данных

Ф.И.О.(разборчиво) _____

проживающего по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность _____

подтверждаю свое согласие ООО «Павлов-Мед», 183047, г. Мурманск, ул. Павлова, дом 6, (далее — Оператор), на обработку моих персональных данных (персональных данных на моего сына; данных на мою дочь, лица, призванного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие) — *нужное подчеркнуть*

(Ф.И.О. при наличии)

(зарегистрированный(ая) по адресу)

(документ, удостоверяющий личность)

с целью оказания медицинской помощи включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность; место жительства, место регистрации; контактный (е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну.

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, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием, обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и пять лет — для оказания первичной медико-санитарной помощи.

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

Настоящее согласие дано мной

« _____ » _____ 20 _____ г.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может 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 течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

(подпись пациента, законного представителя)

(Ф.И.О. разборчиво)