

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____ (Фамилия, Имя, Отчество) паспорт серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____, код подразделения _____, проживающий(ая) по адресу: _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку ООО «ИДЕАЛ» (далее – Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной ребенка (сына, дочери) _____

_____ (Фамилия, имя, отчество), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии, видеоматериалы) – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим, мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора. В процессе оказания Оператором мне/представляемому мной ребенку медицинских услуг Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной ребенка, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию-заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг: осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией-заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. ОПЕРАТОР ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результатах обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения: E-mail: _____ Телефон _____

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Сведения в электронную базу данных внесены. Оператор. Подпись _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество)