



СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,
проживающий по адресу _____,
паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

дата выдачи _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника АВЕРОН» (ИНН 6671404563, 620146, РОССИЯ, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ., ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ Г.О., ЕКАТЕРИНБУРГ Г., ЕКАТЕРИНБУРГ Г., ФУРМАНОВА УЛ., Д. 125, ПОМЕЩ. 1) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

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, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я выражаю согласие на то, что:

- на территории оператора осуществляется видеонаблюдение и хранение записей видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности;
- передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации дополнительного обследования при необходимости;
- передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения оператора;

Настоящее согласие дано мной и действует:

- до достижения целей, установленных до начала обработки данных, если срок хранения не установлен законом. Если срок хранения установлен законом – по истечении срока хранения.
- до утраты правовых оснований обработки персональных данных.

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.

Я предоставляю сотрудникам Оператора право осуществлять на указанный мной мобильный телефонный номер информирование о записи на прием к врачу, об отмене или перенесении приема, о необходимости прохождения профилактических осмотров, о готовности результатов обследований.

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (Ф. И. О., контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)