



СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО « ЭСТЕТ »

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

Проживающий (ая) по адресу _____ (по месту регистрации)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ (кем, когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Эстет» (634021, г. Томск, ул. Алтайская, д.159) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, материалы фото/видео съемки и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, контроля качества оказанных медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) 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 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.

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 ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, 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 использовать данные диагностики, фото/видео съемки, данные истории болезни и прочие персональные данные на сайте Оператора, в образовательных, демонстрационных, рекламных и прочих целях, при условии обезличивания персональных данных* не позволяющих идентифицировать личность.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи: телефонных звонков или путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследованию, профилактическом осмотре, акциях или статистическом опросе, проводимых Оператором (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники.

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

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/расшифровка субъекта персональных данных _____ / _____, телефон _____

Расписался в моем присутствии: _____ (должность, ФИО)

* обезличивание персональных данных - действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту персональных данных (п. 9 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).



СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО « ЭСТЕТ »

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

Проживающий (ая) по адресу _____ (по месту регистрации)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ (кем, когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Эстет» (634021, г. Томск, ул. Алтайская, д.159) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, материалы фото/видео съемки и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, контроля качества оказанных медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) 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 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.

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 ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, 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 использовать данные диагностики, фото/видео съемки, данные истории болезни и прочие персональные данные на сайте Оператора, в образовательных, демонстрационных, рекламных и прочих целях, при условии обезличивания персональных данных* не позволяющих идентифицировать личность.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи: телефонных звонков или путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследованию, профилактическом осмотре, акциях или статистическом опросе, проводимых Оператором (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники.

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

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/расшифровка субъекта персональных данных _____ / _____, телефон _____

Расписался в моем присутствии: _____ (должность, ФИО)

* обезличивание персональных данных - действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту персональных данных (п. 9 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).