

Приложение №2

к Договору № _____ от _____

об оказании платных медицинских услуг ООО «АЛЕНА ГРУПП»

от _____.

Заявление субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных
(форма разработана в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных»)

Я, _____

_____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

_____, (адрес прописки или регистрации по месту жительства)

_____, (вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан и дата выдачи),

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору – ООО «АЛЕНА ГРУПП», расположенному по адресу: город Москва, Коробейников пер., д.1, на получение и обработку моих персональных данных, включающих:

- 1) Фамилия; Имя; Отчество;
- 2) Пол;
- 3) Дата рождения;
- 4) Адрес регистрации, места проживания;
- 5) Контактный телефон: домашний, мобильный, рабочий
- 6) Адрес электронной почты;
- 7) Реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);
- 8) Данные о состоянии моего здоровья: заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в том числе сведения (документы), полученные из медицинских и иных организаций;
- 9) Биометрические данные.

- в лечебно-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, назначения и осуществления лечения, при условии, что обработка таких персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью либо деятельностью, связанной с оказанием медицинских услуг, и обязанным сохранять врачебную тайну и конфиденциальность персональных данных;

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе биометрические данные, 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. Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трёх рабочих дней) направлять их оператору для коррекции. Оператор имеет право на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, пенсионным фондом, Главным медицинским управлением, Центральным медицинским архивом, другими ЛПУ и ЦКБ Управления делами Президента РФ и статистическим управлением 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 приём и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона №152-ФЗ, в течение 30 календарных дней с момента получения отзыва;

Я утверждаю, что я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

(подпись)

(Фамилия, инициалы)

Согласие на обработку персональных получено в моем присутствии:

_____/ФИО представителя Исполнителя/