

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____, зарегистрированный по адресу: _____,

Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан _____

_____ ,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Городской медицинский центр» (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактные телефоны, включая контактные телефоны лиц, чьи данные предоставлены мною, на случай непредвиденных обстоятельств, в Информированном добровольном согласии от _____, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) _____ (предоставляется в случае необходимости), 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 сохранять врачебную тайну. 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. 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (Двадцать пять) лет.

Даю согласие на передачу моих персональных данных иным лицам (лабораторным службам, с которыми Оператором заключены договора о сотрудничестве).

Настоящее согласие дано мной, _____, и действует бессрочно.

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 времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____ /Фамилия И.О./