

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавший(-ая)ся, _____

зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

документ _____, сер. № _____ выдан _____ г,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ВИМ», г. Выборг, ул. Куйбышева, 10, пом.2,3,4,5 ИНН4704075923, ОГРН1084704001250, (далее – Оператор) моих персональных данных:

– персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации, телефон, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность) - серия, номер, дата выдачи;
– специальные категории персональных данных: информация о состоянии моего здоровья, случаи обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Цели обработки персональных данных: заключение договора на оказание платных медицинских услуг, составление и ведение медицинской документации в процессе оказания медицинской помощи.

Оператор имеет право:

– при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем, так и на бумажном носителе;
– с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будет осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), удаление, уничтожение на срок хранения медицинской документации.

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.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «ВИМ» при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ) в течение периода 30 календарных дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

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

Телефон:

Подпись субъекта персональных данных: