

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(ФИО полностью)
паспорт _____ выдан _____,
(серия, номер) (когда и кем выдан)
адрес регистрации: _____,

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Оператором – ООО «АГК-СЕРВИС» (юридический адрес: 111024, город Москва, ул. Душинская, д.18 к.1; ИНН/КПП 7722021429/772201001, ОГРН 1037739269567) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные (изображение лица и полости рта) при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами.

Я даю согласие на использование Оператором моих персональных данных исключительно в целях идентификации моей личности при оказании медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором об оказании медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями 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 осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (врачебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- работодателю;
- супругу(е);
- матери;
- отцу;
- сыну;

- дочери;
- иным лицам (указать): _____.

Передача лицам, не указанным в этом перечне, моих персональных данных или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я проинформирован(а), что Оператор гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

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.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Пациент

_____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: _____ 20__ г.

Пациент подписал Согласие в моем присутствии: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)