

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

Я,

--

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу:

--

документ, удостоверяющий личность

ПАСПОРТ		СЕРИЯ		НОМЕР		ВЫДАН	
				КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ			

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на обработку **ООО «ТОЧКА ОПОРЫ»**, расположенному по адресу: г. Москва, Балаклавский проспект, дом 18, корп. 1 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места регистрации, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, результаты диагностических исследований и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;
- моим родственникам: _____
при предъявлении документа, удостоверяющего личность и документа, подтверждающего факт родства;
- моим знакомым (перечислить ФИО): _____

при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

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

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

Настоящее согласие дано мной				и действует бессрочно.
------------------------------	--	--	--	-------------------------------

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Для осуществления дистанционной передачи информации сообщая:

Мобильный телефон:		Адрес электронной почты:	
--------------------	--	--------------------------	--

ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ

На получение информации о специальных предложениях и акциях	ДА	НЕТ
На получение информации в связи с напоминанием о записи	ДА	НЕТ
На опрос по качеству обслуживания	ДА	НЕТ

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

	Дата		Подпись	ФИО пациента