

Информированное согласие на сбор, хранение, обработку и использование персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся),

проживающий(ая) по адресу:

паспорт: серия № выдан

Тел.

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ООО «МЕД-ПЛЮС» (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, на фото и видеосъемку в одетом виде, на обработку и использование фото и видеоматериалов при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, сторонним медицинским организациям, привлеченных Оператором на договорной основе для выполнения клинических лабораторных исследований и медицинских услуг в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования, в системе добровольного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной с даты подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Согласие Пациента на получение информации по каналам связи

Я даю согласие ООО «МЕД-ПЛЮС» на получение информации об услугах, акциях, скидках, новостей и любой возможной информации от ООО «МЕД-ПЛЮС» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона

Я не хочу получать информацию об услугах, акциях, скидках, новостей и любой возможной информации от ООО «МЕД-ПЛЮС» в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой):

✓

/

(подпись)

(ФИО)

Дата _____

Расписались в моем присутствии:

/ X

(должность медицинского работника)

(ФИО)

(подпись)