

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся), (данные пациента: ФИО, дата рождения, данные паспорта, адрес регистрации, номер телефона)

в соответствии с положениями ст. 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" даю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками ООО «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ «СЕСАНА» (ОГРН: 5147746422962, ИНН: 7728898135) адрес: Хабаровский край, 680007 г. Хабаровск ул. Шевчука д.23 (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации по месту жительства, контактный номер телефона, почтовые и электронные адреса, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о номере банковского счета и банковской карты, изображения, изготовленные и (или) произведенные для целей оказания медицинских услуг, данные документа, подтверждающего полномочия представителя (в том числе законного представителя), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, имеющихся аллергических реакциях, случаях обращения за медицинской помощью, о прохождении медицинских обследований и медицинских осмотров, заключения и рекомендации врачей и другую информацию – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, обеспечения предоставления информации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, поддержания связи со мной и информирования меня о записи на прием (дате и времени оказания услуг) при условии сохранения врачебной тайны. Я даю свое согласие передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения и внутреннего учета Оператора.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными (персональными данными представляемого мной лица), которые необходимы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, создаваемые в процессе деятельности Оператора.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховыми медицинскими организациями и иными организациями в порядке ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с использованием электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором или имеющим доступ к персональным данным на основании заключенного с ним договора; страховым медицинским организациями, контролирующим органам, государственным органам, органам внутренних дел, суда, прокуратуры, в медико-генетические лаборатории, в криобанки биологического материала

Передача моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия

Срок хранения персональных данных соответствует установленному действующим законодательством РФ сроку хранения документов, составленных в отношении потребителя медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента представления бессрочно.

Условием прекращения обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица). Уведомление должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю.

Я согласен(-а) на получение информационных и рекламных сообщений с информированием по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении (отмене или изменении) даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований, о продуктах и услугах Оператора, о проводимых мероприятиях и т.д. по номеру мобильного телефона, посредством SMS-оповещения, посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram, иных мессенджеров, по адресу электронной почты, указанным в настоящем Согласии. В случае несогласия указать «не согласен(-а)» _____, ненужное зачеркнуть.

Я согласен(-а) на получение информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого мной лица) о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также любые другие сведения о здоровье, включая результаты лабораторных и иных исследований и заключений врачей-специалистов, на получение сканированных образов или сформированных в электронном виде финансовых, медицинских и иных документов по номеру мобильного телефона, посредством SMS-оповещения, посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram, иных мессенджеров, по адресу электронной почты, указанный в настоящем Согласии. В случае несогласия указать «не согласен(-а)» _____, ненужное зачеркнуть.

Я согласен(-а) на получение по номеру мобильного телефона, посредством SMS-оповещения, посредством мессенджеров WhatsApp, Telegram, иных мессенджеров, по адресу электронной почты информации о готовности выполненных лабораторных и иных исследований на телефонный номер, указанный в настоящем Согласии. В случае несогласия указать «не согласен(-а)» _____, ненужное зачеркнуть

Указанные мной данные являются достоверными

(дата)

_____ / (ФИО пациента)