

Согласие на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных, _____
" ____ " _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____, документ, удостоверяющий личность
_____ выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку Индивидуальным предпринимателем Румянцевым Михаилом Сергеевичем, юридический адрес: 350051, г. Краснодар, ул. Дальняя, 39/1, а также Исполнителям ООО «ПЦР Индустрия» и ООО «СП Плюс «Медицинский центр» (далее — Операторы) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, адрес прописки, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ДМС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, другой информации, необходимой для правильного проведения и интерпретации медицинских исследований.

В период действия настоящего согласия на обработку персональных данных, я также даю согласие Операторам, в интересах моего обследования и лечения передавать (путем предоставления) мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, определенному кругу лиц: медицинским учреждениям, имеющим с Операторами соответствующие договоры на оказание услуг, страховым организациям (в рамках оказания медицинских услуг по полисам ОМС, ДМС).

Предоставляю Операторам право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Операторы вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Операторы имеет право на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием цифровых носителей и 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.

Настоящим подтверждаю, что я уведомлен(а) и согласен(на) с тем, что при оказании медицинских услуг, с применением телемедицинских технологий Операторы, не несут ответственности, за возможные нарушения конфиденциальности, в связи с передачей сведений, в т.ч. составляющих врачебную тайну, по открытым каналам связи (электронная почта, телефон, скайп и пр.).

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

Настоящее согласие действует до момента его отзыва.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Операторов по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Операторов.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Операторы обязаны прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон:

Почтовый адрес:

Подпись субъекта персональных данных (представителя)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

подпись

расшифровка подписи (Фамилия И.О.)