

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____
(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу: _____

Паспорт, _____
(Серия, номер) (кем, когда)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, и статьи 13 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский» расположенной по адресу: г. Москва, ул. Давыдовская, дом 5 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адреса электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), место работы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, оформления листка нетрудоспособности, передачи кассового чека в электронной форме (по моему требованию) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией 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 (служебную) тайну. При оформлении мне листка нетрудоспособности Оператор вправе информировать о факте такого оформления контролирующие органы и моего работодателя (при получении соответствующих запросов).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ г. и действует в течение срока хранения медицинской карты.

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 уполномочиваю ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский» осуществлять рассылку информационных сообщений, включая информацию о времени визита и записи на услуги.

на **мобильный номер** _____.

СОГЛАСЕН:

СМС

Подпись субъекта персональных данных

подпись

расшифровка подписи