

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
ООО «Клиника Актуаль» (ИНН 7604392674, далее - Общество, Оператор)

г. Ярославль

«___» _____ 20 г.

Я, _____

Паспорт, серия _____ номер _____ Выдан _____

Адрес _____

Контактная информация _____

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Оператору в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Настоящим подтверждаю достоверность поименованных выше моих персональных данных (далее – Персональные данные) и добровольно даю свое согласие на их обработку Оператором в целях:

- моей идентификации, осуществляемой Обществом в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и правилами Общества;

- осуществления мной мероприятий по заключению и расторжению с Обществом договора(-ов) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и правилами Общества (при наличии у меня соответствующих полномочий);

- осуществления медицинских мероприятий в соответствии с заключенным с Обществом договором (-ами) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и правилами Общества;

- осуществления иных действий в рамках заключенного (-ых) с Обществом договора(-ов) (при наличии у меня соответствующих полномочий).

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, после чего может быть отозвано путем направления мною соответствующего письменного отзыва.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу Персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Обработка Персональных данных осуществляется Обществом с применением следующих основных способов (но, не ограничиваясь ими): хранение, запись на электронный носитель и их хранение, составление перечней, маркировка.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае возникновения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, передаче Обществом принадлежащих ему функций и полномочий иному лицу, Общество вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения указанных действий информацию, содержащую мои Персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченными ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию.

_____ (_____)
(подпись) фамилия, имя, отчество