

Согласие на передачу персональных данных.

г. Красноярск

« _____ » 20 __ г.

Я, _____, (далее – Субъект персональных данных),

Дата рождения: «____» ____ г.

Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____, выдан _____,

Адрес регистрации и адрес местонахождения : _____,

Контактный телефон: _____, адрес электронной почты: _____,

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим документом свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ООО ««Медиас» (ОГРН 1052465002875 ИНН/КПП: 2465088114/246501001, юридический адрес: 660077, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Алексеева, 34 помещение №161),, (далее Оператор), на передачу моих персональных данных третьим лицам.

1. Перечень обрабатываемых персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1.1. Общие персональные данные:

- * Фамилия, имя, отчество (при наличии);
- * Дата и место рождения;
- * Гражданство;
- * Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт);
- * Адрес регистрации и адрес места жительства;
- * Контактные данные (номер(а) телефона, адрес(а) электронной почты).

1.2. Специальные категории персональных данных:

- * Сведения о состоянии моего здоровья;
- * Диагнозы, заключения врачей;
- * Результаты медицинских обследований, анализов, инструментальных и лабораторных исследований;
- * Сведения о ранее перенесенных заболеваниях;
- * Информация о назначенному лечении, медицинских вмешательствах и их результатах;
- * Иная информация, составляющая врачебную тайну и необходимая для оказания мне медицинской помощи.
- * Биологический материал (кровь, моча, кал, содержимое желез внутренней секреции, волосы, ногти, фрагменты кожи, удаленные новообразования),

1.3. Биометрические персональные данные:

- * Фотографии, видеоизображения
- * Снимки, кардиограммы, сомнограммы, спирограммы.

2. Цели передачи персональных данных:

- *Исполнение Договора на оказание платных медицинских услуг;
- *Производство гистологических, патоморфологических анализов
- *Получение результатов и описаний диагностических проб, исследований
- *Внутренний контроль качества оказываемых медицинских услуг;
- *Организация расчетов за оказанные медицинские услуги;
- *Выполнение требований действующего законодательства РФ в сфере здравоохранения и персональных данных.

3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

Я согласен на совершение Оператором передачу моих персональных данных следующим третьим лицам:

- *Органы государственной власти и местного самоуправления (в частности, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Фонд обязательного медицинского страхования) в случаях, прямо предусмотренных федеральным законодательством;
- *Страховые медицинские организации (в рамках договоров ОМС/ДМС, если они применимы);
- *Компетентные правоохранительные органы по их мотивированному запросу;
- *Иные медицинские организации (при переводе по медицинским показаниям в организации специализированной медицинской помощи, для получения консультаций, для проведения дополнительных исследований по направлению лечащего врача);
- *Партнеры Оператора (сторонние лаборатории, с которыми у Оператора заключен договор на проведение лабораторных исследований, получение результатов диагностических исследований проб, экспертиз) – исключительно для целей, указанных в настоящем Согласии.

4. Способы обработки персональных данных:

Я согласен на передачу моих персональных данных как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом.

5. Срок действия согласия и порядок его отзыва:

Настоящее согласие действует с момента его подписания мной до момента достижения целей передачи персональных, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие. Отзыв согласия осуществляется путем направления Оператору по месту его нахождения (юридическому адресу) подписанного мной письменного заявления об отзыве согласия на передачу персональных данных. Я понимаю, что в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить их обработку в случаях, предусмотренных частью 2 статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», а также в целях урегулирования претензий и споров, защиты своих прав и законных интересов.

6. Информирование о последствиях отзыва согласия:

Я проинформирован, что отзыв согласия на обработку персональных данных может затруднить или сделать невозможным оказание мне медицинских услуг.

6. Подпись:

Субъект персональных данных:

ФИО

подпись