

Согласие на обработку 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 обработку моих персональных данных.

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.

1.3. Биометрические персональные данные:

- * Фотографии, видеоизображения.

2. Цели обработки персональных данных:

- *Заключение и исполнение Договора на оказание платных медицинских услуг;
- *Запись на прием к врачу, предоставление медицинских услуг, включая диагностику, лечение и профилактику заболеваний;
- * Ведение медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни);
- * Взаимодействие со мной по вопросам оказания медицинских услуг, включая направление уведомлений, информирование о состоянии здоровья, согласование дат и времени визитов;
- * Внутренний контроль качества оказываемых медицинских услуг;
- * Организация расчетов за оказанные медицинские услуги;
- * Выполнение требований действующего законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения и персональных данных.

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

Я согласен на совершение Оператором следующих действий с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, в том числе с использованием средств автоматизации и без использования таких средств.

3. Способы обработки персональных данных:

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

4. Срок действия согласия и порядок его отзыва:

Настоящее согласие действует с момента его подписания мной до момента достижения целей обработки 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 обработку 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.

5. 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