

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____,
зарегистрирован (проживающий) по адресу: _____, паспорт
_____, выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЛНУПЦ «МедиДент» зарегистрированному по адресу: 660135 г. Красноярск, ул. Молокова 33, пом.1 ИНН2466100484, ОГРН 1032402943869 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

1. Данные для целей оказания медицинских услуг:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы);
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС);
- данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

2. Данные для целей информирования и рекламных рассылок:

- контактный телефон(ы), идентификаторы в мессенджерах (при предоставлении).

Обработка медицинских данных 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 должностным 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 предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, договором ДМС, а также процесс оказания услуг.

3. Отдельное согласие на рекламные и информационные рассылки

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 N 38-ФЗ «О рекламе»: / от получения рекламной и информационной информации от Оператора отказываюсь. Поставьте отметку, если не желаете получать рассылки. Если отметка не проставлена, я даю свое согласие Оператору на направление мне рекламной и информационной информации, в том числе в форме рекламной рассылки, по следующим каналам связи: посредством телефонной и подвижной радиотелефонной (сотовой) связи (включая СМС-сообщения); через сервисы мгновенного обмена сообщениями (мессенджеры).

Указанные выше данные (п. 2) могут обрабатываться Оператором в целях информирования о медицинских услугах, акциях, скидках, диагностических программах, событиях, а также для проведения опросов и исследований, направленных на улучшение качества услуг. Согласие на рассылки может быть отозвано в любое время путем направления письменного уведомления Оператору (способами, указанными ниже), а также путем простановки соответствующей отметки в клиентском кабинете (при его наличии) или сообщения об отказе по каналу получения рассылки.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ и территориальным Фондом ОМС с использованием машинных носителей или 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 202__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных в целом или согласие на рекламные рассылки в частности 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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Отзыв согласия на рекламные рассылки исполняется Оператором в разумный технический срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения уведомления.

Дата: «___» _____ 202__ г.

Контактный телефон(ы) . _____.

почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

(Расшифровка подписи)