

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных Пациента ООО «Гардения МЕД»

Я, _____ (Ф.И.О.).
зарегистрированный(ая) по адресу _____

Паспорт _____
(номер, дата выдачи, орган выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», я даю свое согласие ООО «Гардения МЕД», ОГРН: 1247700292575, ИНН 9704240380, адрес местонахождения: 119021, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Хамовники, ул. Зубовская, д. 7 (далее – «Оператор») на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, данные свидетельства о рождении, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, СНИЛС, специальные категории персональных данных: данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медицинско-профилактических целях, сведения о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии, что 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 должностным лицам «Оператора», заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, в интересах моего обследования и лечения. Представляю «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 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 для ООО «Гардения МЕД» и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Органы прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора вправе получить доступ к персональным данным, а также к сведениям, составляющим врачебную тайну, без моего согласия или согласия моего законного представителя.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Настоящее согласие дано мною в дату, указанную ниже, и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес «Оператора» по почте заказным письмом с уведомлением по адресу: ООО «Гардения МЕД», 119021, г. Москва, ул. Зубовская, д. 7, либо вручен лично под расписку представителю «Оператора».

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки моих персональных данных. 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.

Я даю согласие на получение:

- ✓ напоминания о предстоящей процедуре;
- ✓ информационных сообщений или иной информации об Операторе и от Оператора, необходимой для оказания мне медицинских услуг

(не является рекламной рассылкой) в следующей форме:

- смс-сообщения на номер _____;
- телефонные звонки на номер _____;
- письма на электронную почту по адресу _____;
- сообщения в мессенджер Telegram (Телеграм), без передачи моих персональных данных, на номер _____.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и пп.2-10 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Контактный телефон _____

(подпись субъекта)

(расшифровка подписи)

Дата подписания: _____