

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ И БИОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ООО «КЛИНИКА ДУШИ И ТЕЛА «ТОЧКА 20»

Ф.И.О. субъекта персональных данных _____

Адрес регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность Паспорт РФ серия и номер _____
выдан ++

Ф.И.О. законного представителя субъекта персональных данных _____

Адрес регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия и номер _____
выдан _____

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, в целях ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника души и тела «Точка 20» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 197198, г. Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская д.20, лит.А, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также биометрических данных – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными и биометрическими данными:

- осуществлять все действия (операции) с моими персональными и биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;

- обрабатывать мои персональные и биометрические данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС;

- во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС производить обмен (прием и передачу) моими персональными и биометрическими данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

- обмен (прием и передача) моими персональными и биометрическими данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, 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;

- передачу моих персональных и биометрических данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я выражаю согласие на то, что:

- на территории Оператора осуществляется видеонаблюдение и хранение записей видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности;

- передачу Оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения Оператора;

- Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг, заключенному между мной и «Клиника души и тела «Точка 20» направлять в организации, с которыми у «Клиника души и тела «Точка 20» заключены соответствующие договоры, мой биологический материал для выполнения анализов (проведение лабораторных исследований) с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что проведение лабораторных исследований будут осуществляться лицом (лицами), обязанным(и) сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных и биометрических данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие 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.

Я подтверждаю, что все данные, предоставленные мной, являются полными и достоверными.

Субъект персональных данных (законный представитель субъекта персональных данных)

_____/_____/.