

## Согласие на обработку персональных данных

{{ Документ.Дата }}

Я, {{ Пациент.Фамилия }} {{ Пациент.Имя }} {{ Пациент.Отчество }}, Субъект персональных данных, (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) (далее именуемый как - Оператор), моих (представляемого) персональных данных, включающих:

1) фамилия, имя, отчество; 2) пол; 3) дата рождения; 4) гражданство; 5) данные документа, удостоверяющего личность; 6) место жительства; 7) место регистрации; 8) дата регистрации; 9) анамнез; 10) диагноз; 11) сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; 12) вид оказанной медицинской помощи; 13) условия оказания медицинской помощи; 14) сроки оказания медицинской помощи; 15) объем оказанной медицинской помощи; 16) результат обращения за медицинской помощью; 17) сведения об оказанных медицинских услугах; 18) примененные стандарты медицинской помощи; 19) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу; 20) контактный телефон, адрес электронной почты; 21) номер полиса.

В целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне (представляемому) медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу Оператора передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

А также, не возражаю против осуществления видеонаблюдения посредством использования видеокамер, установленных в холле ООО "Алоэ Форте" сеть медицинских центров b clinic, направленных на поддержания трудовой дисциплины и порядка, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случае их возникновения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими (представляемого) персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ. Настоящее согласие 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 срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления заявления, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_ /{{ Пациент.Фамилия }} {{ Пациент.Имя }} {{ Пациент.Отчество }}

ОБРАЗЕЦ