ИМПУЛЬС

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся) (законный представитель) _____ проживающий(ая) по адресу: _____, паспорт _____ №_____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «МДЦ» (далее - Оператор) моих (ребенка_____) персональных данных, включающих: ФИО, пол, дату рождения, адрес регистрации/проживания, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, данные полиса ДМС, ИНН, СНИЛС, социальный статус, место работы, семейное положение, реквизиты листка нетрудоспособности, период и причина нетрудоспособности, данные о проведенных врачебных комиссиях, данные осмотров, сведения о диагнозах, стоимости лечения, номер медицинской карты, сведения об инвалидности, данные лабораторных/диагностических исследований, данные о состоянии моего (ребенка) здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, иные сведения, строго необходимые для достижения целей обработки персональных 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 (ребенку) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (ребенка) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (ребенка) обследования и лечения, а также передавать: мои (ребенка) персональные данные и биоматериал в лабораторную службу ООО «НПФ «Хеликс» для диагностики; исследований МРТ и МСКТ в формате zip-архив, персональные данные в ООО «МРТ-Центр» для описания врачом рентгенологом

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (ребенка) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (ребенка) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных (МИС Архимед), включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС.

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

Я, даю согласие на передачу (распространение, рассылку) от Оператора моих (ребенка) результатов лабораторных исследований; результатов МРТ, МСКТ, денситометрии; копии осмотров специалистов по средствам: смс через Ватсап, Телеграмм, смс; электронной почте_____.

Я проинформирован(а) о том, что Ватсап, Телеграмм, смс, электронная почта, являются незащищенными каналами связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ООО «МДЦ» ответственности не несет.

Я даю свое согласие на получение от Оператора звонков, информационных сообщений о записях в медицинский центр, новых услугах, скидках, акциях и других мероприятиях, проводимых Оператором в виде СМС – рассылки и звонков на указанный в настоящем согласии номер телефона, а также в виде сообщений по средствам: смс информации через Ватсап, Телеграмм, смс по электронной почте на указанный в настоящем согласии адрес электронной почты. Я проинформирован (а), о том, что мои (ребенка) персональные данные передаются стороннему Оператору ООО «Медицина» для рассылки СМС-информации через Ватсап, Телеграмм, смс.

Настоящее согласие представлено мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое (ребенка) 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.

Контактный телефон(ы): +79524891947

Подпись пациента/ законного представителя_____ФИО