

ООО «Высокие медицинские технологии».

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных (с изменениями политики обработки персональных данных, приказа от 1.08.2017г.)

Я, {{пациент.фио_полное}},

Адрес регистрации/места проживания {{пациент.адрес 'полный'}},

паспорт серия {{пациент.документ_ном_номер}} № {{пациент.документ_ном_серия}},

выдан {{пациент.документ_выдал}} дата выдачи {{пациент.документ_дата}},

настоящим даю согласие на основании договора № {{пациент.номер_договора}} от

{{пациент.дата_договора}} г. заключенного между мной и ООО «ВМТ» на обработку

ООО «ВМТ» Центр МРТ диагностики (г. Сергиев Посад, Новоугличское шоссе д.62А.)

моих персональных данных, в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над ее объемом и качеством. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилию, имя, отчество, пол, вес, рост, дату рождения, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, контактный телефон(ы), электронную почту, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, сведения о результатах анализов, случаях обращения за медицинской помощью и др. – 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 ООО «ВМТ» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим сотрудникам Центра МРТ диагностики ООО «ВМТ» в интересах моего обследования и лечения, в том числе посредством использования средств связи (Интернет).

Предоставляю ООО «ВМТ» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в

отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ) третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (операторам ФИС и РИС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а

также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что предоставление Оператору какой-либо информации о себе, не являющейся контактной и не относящейся к целям настоящего согласия, а равно предоставление информации, относящейся к государственной, банковской и/или коммерческой тайне, информации о расовой и/или национальной принадлежности, политических взглядах религиозных или философских убеждениях, интимной жизни запрещено.

В случае принятия мной решения о предоставлении Оператору какой-либо информации (каких-либо данных), я обязуюсь предоставлять исключительно достоверную и актуальную информацию и не вправе вводить Оператора в заблуждение в отношении своей личности, сообщать ложную и недостоверную информацию о себе.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что Оператор не проверяет достоверность персональных данных, предоставляемых мной, и не имеет возможности оценивать мою дееспособность и исходит из того, что я предоставляю достоверные данные и поддерживаю такие данные в актуальном состоянии.

«Высокие Медицинские Технологии» вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации. Мной предоставляется ООО «Высокие Медицинские Технологии» право на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи (в т.ч. Интернета) об изменениях порядка представления медицинских услуг, о записи на прием к врачу, о результатах медицинских обследований. Согласие на использование персональных данных в указанных целях заполняется на бумажном носителе. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 5 лет в печатном виде, 10 лет на электронных носителях.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, а также в соответствии с законодательством Российской Федерации согласие может быть подписан электронной подписью. Настоящее согласие дано мной < _____ > и действует бессрочно. Настоящее согласие действует бессрочно, если иное не указано ниже, и может быть отозвано мною путем направления в адрес ООО «Высокие Медицинские Технологии» соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю клиники.

(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__

Представитель (ли) ФИО (контактная информация)
