

Согласие на обработку персональных данных

Я _____

(ФИО)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «Клиника Доктора Пеля» (далее – «Клиника»), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Социальном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласование дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиника по почте, заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Клиника.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Клиника обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

(ФИО, подпись)