Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт серия, номер *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*выдан *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** на обработку персональных данных.

Наименование организации, получающей согласие субъекта персональных данных: Общество с ограниченной ответственностью "Центр миграционных услуг" (Медицинский центр «Здоровый край») (Лицензия № Л041-01019-24/00362232 от 05.06.2020г. (бессрочно) на осуществление медицинской деятельности выдана Министерством здравоохранения Красноярского края. ИНН 2465123400, КПП 246501001,ОГРН 1152468016656, официальный сайт в сети «Интернет»: <https://pvsmed24.ru/>) (далее – Оператор)

Юридический адрес: 660055, г. Красноярск, ул. Тельмана, 28.

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:

фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизита паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности, другая информация, полученная при оказании медицинских услуг.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных).

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Даю согласие на передачу результатов медицинского осмотра в виде структурированного электронного медицинского документа (СЭМД) «Медицинское заключение по результатам предварительного (периодического медицинского осмотра (обследования) с последующей регистрацией в подсистеме «Федеральный реестр электронных медицинских документов» (ФРЭМД) Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Даю согласие Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем осуществления рассылок по электронной почте и на номер мобильного телефона, в том числе путем sms-рассылки рекламного и информационного характера, содержащих информацию об оказываемых услугах, предстоящих и действующих акциях и других мероприятиях Исполнителя, а также иную информацию, непосредственно связанную с выполнением обязательств, для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных документов, в том числе медицинских: медицинской карты, истории болезни – двадцать пять лет, иных: договора, акты оказанных услуг – пять лет.

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Дата:

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись оператора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/