СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных пациента оператором
ООО «Клиника Позвоночника на Авиаконструкторов»

Я, фамилия, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Позвоночника на Авиаконструкторов», адрес: г. Санкт-Петербург, пр. Авиаконструкторов, дом 6, литер А, пом. 8-Н, 18-Н, (далее - Оператор) персональных данных фамилия, имя, отчество, адрес субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе (далее Пациент), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные паспорта, полиса ДМС, профессию, семейное положение, данные о состоянии здоровья Пациента, 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 соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о здравоохранении. Я подтверждаю свое согласие на осуществление фото и видеосъемки меня и Пациента в помещениях Оператора в целях безопасности, а также в целях качественного оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения Пациента.

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС и/или по договору ДМС на обмен (прием и передачу) данными Пациента со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Пациенту до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Дата _____ Подпись_____