

Для пациента

Настоящим заявлением я _____, своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку моих персональных данных (ПД) АО «Самарский диагностический центр». Цель обработки ПД: оказание медицинской помощи и медицинских услуг, установление диагноза, формирование медицинской карты пациента (в т.ч. в электронном виде), осуществление взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги. А также в целях: поддержания связи со мной, осуществления обращений и отправки СМС-сообщений по указанному номеру телефона, отправки электронных сообщений на указанный почтовый адрес для информирования об оказании новых услуг, оповещения о проводимых акциях, скидках, осуществления заочных опросов для изучения мнения, результатов исследований (при наличии технической возможности у Исполнителя и дачи мною отдельного согласия). Перечень ПД, на обработку которых дано настоящее согласие: ФИО, пол, дата рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, СНИЛС, данные полиса ОМС (ДМС), анамнез, диагноз, сведения об оказанной медицинской помощи (вид, условия, сроки, объем, результат), данные листка нетрудоспособности, сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, контактная информация. Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Передача персональных данных осуществляется в: учреждения здравоохранения Самарской области, МИАЦ, ТФОМС, министерство здравоохранения Самарской области, министерство здравоохранения Российской Федерации, страховые медицинские организации, организации, заказавшие и оказывающие медицинские услуги, ИФНС РФ. Срок, в течение которого действует согласие: согласие действует до момента ликвидации АО «Самарский диагностический центр». Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в АО «Самарский диагностический центр» письменного заявления об отзыве согласия. Я даю свое согласие на связь со мной по указанным контактными данным, в том числе осознаю, что данные каналы связи не являются защищенными и может произойти раскрытие врачебной тайны. Я подтверждаю, что персональные данные предоставлены мною сознательно и добровольно, соответствуют действительности и корректны.

Для Детей подписывает представитель

Настоящим заявлением я _____, являясь родителем (опекуном, попечителем, иное) для пациента: 'ЗАМЕНА ПАЦИЕНТА'

своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку моих персональных данных (ПД) и ПД представляемого мной лица АО «Самарский диагностический центр». Цель обработки ПД: оказание медицинской помощи и медицинских услуг, установление диагноза, формирование медицинской карты пациента (в т.ч. в электронном виде), осуществление взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги. А также в целях: поддержания связи со мной, осуществления обращений и отправки СМС-сообщений по указанному номеру телефона, отправки электронных сообщений на указанный почтовый адрес для информирования об оказании новых услуг,

оповещения о проводимых акциях, скидках, осуществления заочных опросов для изучения мнения, результатов исследований (при наличии технической возможности у Исполнителя и дачи мною отдельного согласия). Перечень ПД, на обработку которых дано настоящее согласие: ФИО, пол, дата рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, СНИЛС, данные полиса ОМС (ДМС), анамнез, диагноз, сведения об оказанной медицинской помощи (вид, условия, сроки, объем, результат), данные листка нетрудоспособности, сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, контактная информация. Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Передача персональных данных осуществляется в: учреждения здравоохранения Самарской области, МИАЦ, ТФОМС, министерство здравоохранения Самарской области, министерство здравоохранения Российской Федерации, страховые медицинские организации, организации, заказавшие и оказывающие медицинские услуги, ИФНС РФ. Срок, в течение которого действует согласие: согласие действует до момента ликвидации АО «Самарский диагностический центр». Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в АО «Самарский диагностический центр» письменного заявления об отзыве согласия. Я даю свое согласие на связь со мной по указанным контактным данным, в том числе осознаю, что данные каналы связи не являются защищенными и может произойти раскрытие врачебной тайны. Я подтверждаю, что персональные данные предоставлены мною сознательно и добровольно, соответствуют действительности и корректны.